

平成16年度 厚生労働省
老人保健健康増進等事業

経口摂取障害者の実態調査と、生活自立度改善を
目的とした口腔機能リハビリ推進事業
報告書

平成17年3月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

はじめに

超高齢社会の進展と共に、脳血管疾患、認知症等を中心に経口摂取障害患者が増加し、必要な栄養素・栄養量の摂取不足による低栄養状態にある者が増加しつつある。経口摂取障害は人間にとっての生活の質、コミュニケーション、体力、筋力、感染防止などの全身機能を失わせる重要な障害である。平成 15 年に全国国保診療施設協議会では歯科治療を含む口腔機能リハビリテーションが、経口摂取障害、低栄養状態を改善し、介護予防、寝たきり予防に有効であることを報告してきた。

本事業では、経口摂取障害者を対象にその背景となった疾患、環境、栄養補給状態などの実態を調査し、そのような高齢者に対し口腔機能リハビリテーションを行うことによる適切な栄養補給、要介護度の改善、生活自立への支援方策を検討した。

その成果は、座位での経口摂取の達成や食形態の改善といった目標、発語や表情の改善といったコミュニケーションに関する目標、体重の増加や誤嚥性肺炎の防止などの身体状況に関する目標の達成度などを客観的に評価すると、3 ヶ月間で約 6 割の達成を得ることが出来ていた。一方、口腔機能リハビリテーションによる効果では、ADL、口腔機能の改善のほか、食形態の改善が達成された事例が認められた。これらから、経口摂取障害者に対し口腔機能リハビリテーションが、口腔機能改善を基礎に、ADL・QOL の維持・向上、日々の栄養摂取方法やその形態の改善に寄与すると考えられる。

これらの成果を参考にして、全国の地域や施設で口腔機能リハビリテーションを実践することにより、介護予防や寝たきり予防、高齢者の自立支援に有用・有効であると考えられ、積極的な活用を期待したい。

おわりに、本事業にご協力いただいた国保直診および関係者各位に感謝するとともに、この事業を推進するにあたりご尽力いただいた新庄文明委員長をはじめ委員の方々に深甚の謝意を表します。

平成 17 年 3 月

全国国民健康保険診療施設協議会
会長 富 永 芳 徳

目 次

序章 事業の概要 1

1. 事業の背景と目的	3
(1) 背景	3
(2) 課題	3
(3) 本事業の目指すところ	5
2. 事業の概要	7
3. 実施体制	8

第1章 経口摂取障害者に対する生活自立度改善を目的 とした口腔機能リハビリテーションモデル事業の方法 9

1. 事業の概要	11
(1) 対象施設	11
(2) 事業の内容	12
(3) 対象者	12
(4) 事業の実施期間	13
2. 事業の実施方法	14
(1) 事業のながれ	14
(2) 「経口摂取障害者の実態調査」	15
(3) 「生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリモデル事業」	16

第2章 「経口摂取障害者の実態調査」の結果 25

1. 基本属性	27
(1) 回収数	27
(2) 基本属性	27
2. 栄養状態の評価	30

(1) 栄養摂取の方法と食形態.....	30
(2) 食事の自立度.....	31
(3) 食事時間.....	33
(4) 食事の姿勢.....	34
3. 経口摂取障害の状況.....	35
(1) 認知期の障害.....	35
(2) 咀嚼・口腔期の障害.....	35
(3) 嚥下・食道期の障害.....	36
(4) 障害の重複状況.....	36
(5) 経口摂取障害が発現した直接的原因.....	37
(6) 経口摂取障害発現後から現在までの改善状況.....	37
4. 全身状態.....	39
(1) 疾患名.....	39
(2) 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度).....	40
(3) 認知症高齢者の日常生活自立度.....	40
(4) 要介護度(介護保険制度における要介護認定結果).....	41
(5) ADL(Barthel Index).....	42
(6) 麻痺の状況.....	43
(7) 拘縮の状況.....	43
(8) 褥瘡の状況.....	44
5. 口腔の状況.....	45
(1) アイヒナー分類.....	45
(2) 義歯の状況.....	48
(3) 義歯使用者の状況.....	49
(4) 義歯使用者の問題の内容.....	49
(5) 口腔軟組織等の状態.....	50
(6) 口腔清掃の状況.....	51
(7) 舌苔量.....	52
(8) 口臭.....	53
(9) 唾液湿潤度.....	54
(10) 顎関節の異常.....	55
(11) 咀嚼、嚥下の状況.....	56
(12) 摂食、嚥下の状況.....	57
(13) 嚥下障害グレードの評価.....	60
(14) 巻き鳥テスト.....	61
(15) 舌運動.....	62
(16) 頬運動.....	63
(17) 口唇運動.....	64
(18) 下顎運動.....	65

(19) 軟口蓋運動	66
(20) 健康状態の主観的評価(フェイススケール)	67
6. 口腔機能リハビリテーションの実施状況	68
(1) 口腔機能リハビリテーションの実施状況	68
(2) NST(栄養サポートチーム)等の有無	69
(3) 食形態・経管の改善に向けて取り組むべき事項	70
7. 介護者の状況	71
(1) 同居の有無(在宅高齢者のみ)	71
(2) 介護の継続の可否等	71

第3章 「生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリモデル事業」の結果 73

1. 分析の前提条件	75
(1) 回収数	75
(2) 分析の視点	75
2. 目標設定の状況と達成度	76
(1) 目標設定の状況	76
(2) 目標達成度	77
3. 栄養摂取状況の変化に関する分析	78
(1) 食形態の変化	78
(2) 提供栄養量	79
(3) 摂取栄養量	82
(4) 食事の自立度	86
(5) 食事時間	86
(6) 食事の姿勢	87
(7) 栄養摂取の方法と食形態	87
(8) 経管栄養の導入状況	88
(9) 経管<<注入している栄養物の種類>>	88
(10) 点滴の使用状況	89
4. 全身状態の変化に関する分析	90
(1) 身体測定	90
(2) 血液検査	97

(3) 発熱の状況.....	103
(4) 麻痺の状況.....	103
(5) 拘縮の状況.....	104
(6) 褥瘡の状況.....	104
5. 口腔機能等の変化に関する分析	105
(1) 経口摂取障害の種類.....	105
(2) アイヒナー分類.....	108
(3) 口腔軟組織等の状態.....	109
(4) 口腔清掃の状況.....	109
(5) 舌苔量.....	110
(6) 口臭.....	110
(7) 唾液湿潤度.....	111
(8) 顎関節の異常.....	111
(9) 摂食、嚥下機能	112
(10) 巻き舌テスト.....	115
(11) 舌運動.....	115
(12) 頬運動.....	116
(13) 口唇運動.....	116
(14) 下顎運動.....	117
(15) 軟口蓋運動.....	117
6. 生活自立度の変化に関する分析	118
(1) 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	118
(2) 認知症高齢者の日常生活自立度.....	118
(3) 要介護度(介護保険制度における要介護認定結果)	119
(4) ADL (Barthel Index)	120
7. 主観的健康状態の変化に関する分析	122
(1) 健康状態の主観的評価(フェイススケール)	122
8. モデル事業の効果検証(統計的検定結果).....	123
(1) 分析対象者について.....	123
(2) 評価項目とカテゴリの再コード化.....	124
(3) 方法.....	125
(4) 結果.....	126
9. 選択メニューの実施状況.....	128

が感染症の出現率の低下、疾患の治療効果を高めるという観点から、栄養サポートチーム（NST）の導入を試みている医療機関、施設が増えつつある。これは、入院・入所者の低栄養状態に関する問題がこれまで実際に所在しており、未だ取り組まれていないところもあることを示しているとも捉えられる。

② 経管栄養法を継続することの課題

経口摂取障害者に経管栄養法を長期間導入することによる課題が指摘されている。例えば、経静脈栄養によりカテーテル感染症（敗血症）のリスクが高まること（NST結成前後のカテーテル感染症発生率, JJPEN. Vol. 23 NO. 23, 東口他, 2001）。中心静脈栄養法を長期間使用し絶食期間が延長すると、消化吸収機能の低下をきたす点（中心静脈栄養法（TPN）の formula, 東口他, 臨外 58(5), 2003）やガストリンレベルが低下し生体内の組織の維持に影響を与える点等が挙げられる（Structural and Hormonal Alterations in the Gastrointestinal Tract of Parenterally Fed Rats, Gastroenterology 68, 1975）。

経管栄養法は優れた栄養管理手法であるものの、一方で長期間継続することは適切な評価が必要であると考えられる。

③ 生活の質の低下

食生活は人間にとって栄養摂取の手段であるばかりでなく、生活のリズムやコミュニケーションの機会を創出し、さらには心理的な健康を図る等の機能があるといえる。とりわけ、要介護状態にある高齢者にとって口から食べることは、生活の質の維持・向上を図る上で重要な要素であると考えられる。

しかしながら、経口摂取障害者の中には長期間、全く口から水分や食物を摂ることができないでいる者も少なくない。本人自身の楽しみのみならず社会的コミュニケーションの機会が奪われる結果となり、生活の質を脅かすことにつながる可能性が高いと考えられる。

④ 食形態の維持と向上の必要性

経口摂取ができていても、その食形態が粥状態であったり、ミキサーで砕いた副菜である場合も多い。勿論、本人の咀嚼、嚥下機能を客観的に評価し摂取可能な食形態を選択することが大前提であるが、こうした食形態は一般的に量がかさむため、必要量を全量摂ることが難しくなる場合がある。その原因として食事時間がかかり満腹感を容易に感じてしまうことや、介護者が食事介助に関わりつづけることが物理的に難しいことも想定される。

⑤ 介護予防

経口摂取障害は、疾患の発症によってある日突然起きるだけではなく、加齢により口腔機能が徐々に低下し、発現することも多い。後者のような加齢を原因とする

場合には、予防の観点から口腔機能リハビリテーションを導入し、高齢者の口腔機能の維持・向上を図ることが期待される。

実際、国の社会保障審議会では予防重視型のシステムづくりが進められており、軽度者を対象とする新たな予防給付の創設が目指されている。具体的には、介護予防サービス評価研究委員会において、「運動機能の向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」に関する新メニュー、さらに認知症、うつ、閉じこもり等の予防について地域支援事業が検討されている。

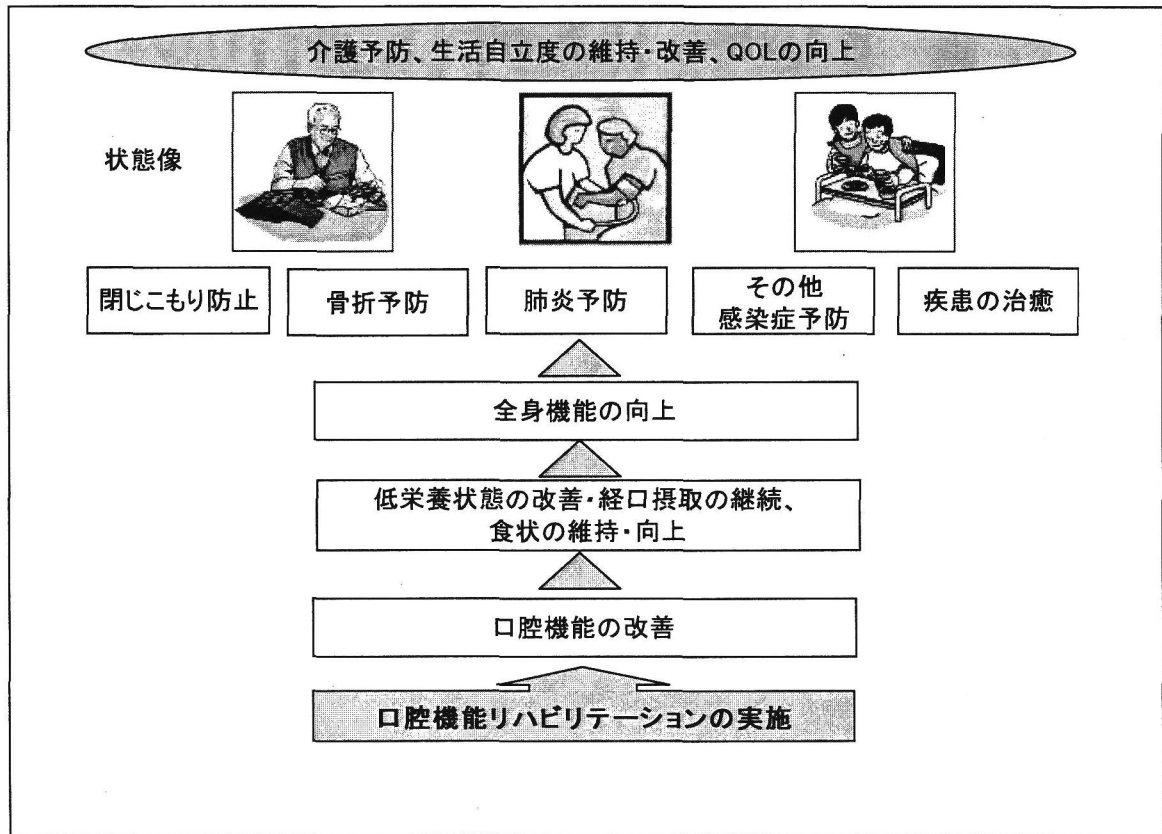
(3) 本事業の目指すところ

本事業は、経口摂取障害者の口腔機能向上による低栄養状態の改善、食形態の向上等を達成することにより、高齢者の全身機能ならびに生活自立度の維持・改善が実現するための諸要因ならびに具体的な方法を明らかにすることを目指す。加えて、国保直診施設においてモデル事業実施体制を構築し、実証データの収集を行う。

これらの活動を通じて経口摂取障害の改善に向けた取組みが早急に普及し、介護予防、生活自立度の維持・改善ひいては生活の質向上の実現を目指すものである。

- ◆経口摂取障害を引き起こす疾患、環境を明らかにすることによりどのような予防対策をとれば良いかを明らかにすること。
- ◆適切な栄養補給、口腔機能リハビリテーションを行うことで要介護度の改善、寝たきり予防に役立てると共に在宅ケアを推進する。特に、低栄養状態の改善及び予防、低栄養が起因する褥瘡の予防、全身の筋力低下予防と改善、寝たきり状態発生予防と改善、閉じこもり予防、認知症発生予防及び改善等の介護予防に有用であることを明らかにすることにより、今後の介護予防事業の効果的な実践方法及び改善が明らかとなり、より一層、口腔機能リハビリテーション事業の重要性の認識と普及推進を図ること。

図 序-1-1 事業のねらい

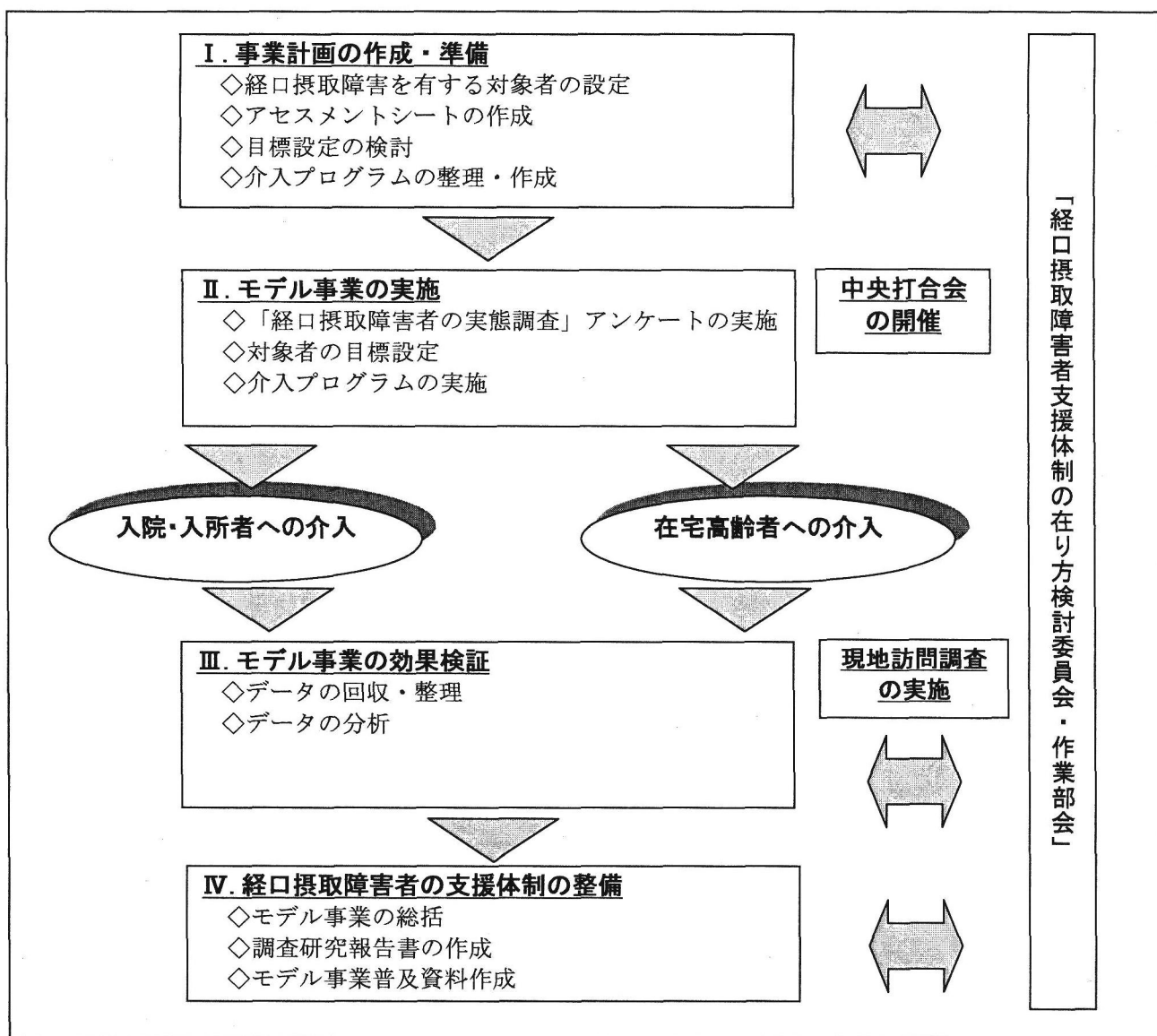


2. 事業の概要

本事業は以下の3点について調査研究を行った。実施にあたっては、「経口摂取障害者支援体制の在り方検討委員会」ならびに「作業部会」を設置し、その中で調査研究内容、収集データの分析等の検討を行った。

- ①「経口摂食障害者の実態調査」の実施（アンケート調査の実施）
- ②「生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリテーション」の実施（国保直診施設を対象とした中央打合せ会の開催ならびにモデル事業の実施）
- ③「経口摂取障害者支援体制」の研究（現地訪問調査の実施）

図 序-2-1 事業のながれ



3. 実施体制

「経口摂取障害者支援体制の在り方検討委員会」ならびに「作業部会」委員会構成は以下の通りであった。

表 序-3-1 経口摂取障害者支援体制の在り方検討委員会・同作業部会委員一覧

◇委員会		*印：作業部会委員兼任 ◎印：委員長
委員名	所属	
◎新庄 文明	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授	
植田 耕一郎	日本大学歯学部摂食機能療法学講座教授	
山本 和儀	帝京平成大学健康メディカル学部理学療法学科教授	
川崎 浩二	長崎大学医学部・歯学部附属病院地域医療連携センター副センター長	
*池場 妙子	岐阜県・郡上市国保和良病院看護師	
占部 秀徳	広島県・公立みつぎ総合病院歯科部長	
*大石 典史	長崎県・国保平戸市民病院リハビリテーション科係長	
奥山 秀樹	長野県・佐久市立国保浅間総合病院歯科口腔外科医長	
*押淵 徹	長崎県・国保平戸市民病院長	
木村 年秀	香川県・三豊総合病院歯科口腔外科医長	
高橋 徳昭	愛媛県・中山町国保直営歯科診療所長	
*玉井 文子	滋賀県・公立甲賀病院主任歯科衛生士	
*林 拓男	広島県・公立みつぎ総合病院副院長	
廣畑 衛	国診協副会長／香川県・三豊総合病院組合保健医療福祉管理者兼病院長	
*三上 隆浩	島根県・飯南町立飯南病院歯科口腔外科部長	
*南 温	岐阜県・郡上市国保和良歯科総合センター長	
◇オブザーバー		
氏名	所属	
三浦 公嗣	厚生労働省老健局老人保健課長	
日高 勝美	厚生労働省医政局歯科保健課長	
◇作業部会		
氏名	所属	
尾崎 妙子	愛媛県・中山町国保直営歯科診療所歯科衛生士	
加藤 華子	岩手県・国保藤沢町民病院管理栄養士	
倉永 史俊	広島県・公立みつぎ総合病院リハビリテーション部技師長	
佐々木 勝忠	岩手県・衣川村国保衣川歯科診療所長	

第1章

経口摂取障害者に対する生活自立 度改善を目的とした口腔機能リハ ビリテーションモデル事業の方法

1. 事業の概要

(1) 対象施設

事業の実施にあたって、全国の国保直診のうち歯科を標榜する病院、歯科診療所ならびに国保歯科保健センターに事業の主旨と概要を伝えて参加を募った。その上で、チームアプローチにより積極的に口腔機能の改善を目的とした活動を行っている 28 施設ならびにその連携施設を対象とした（表 1-1-1）。

表 1-1-1 実施機関

都道府県	施設名	歯科 標榜	歯保セ 連携	開業医 連携
青森県	深浦町国保関診療所		○	○
青森県	国保脇野沢診療所	○	○	
岩手県	胆沢町国保まごころ病院	○	○	
岩手県	衣川村国保歯科診療所	○	○	
岩手県	国保田野畑村診療所	○	○	
岩手県	千厩町国保歯科診療所	○	○	
宮城県	涌谷町町民医療福祉センター		○	○
富山県	市立砺波総合病院	○	○	
長野県	佐久市立国保浅間総合病院	○	○	
岐阜県	郡上市国保和良歯科総合センター	○	○	
岐阜県	中津川市国保坂下病院		○	○
滋賀県	公立甲賀病院	○	○	
兵庫県	養父市国保大屋歯科診療所	○	○	
兵庫県	五色町国保五色診療所		○	○
島根県	飯南町立飯南病院	○	○	
岡山県	鏡野町国保上齋原歯科診療所	○	○	
岡山県	新庄村国保歯科診療所	○	○	
岡山県	鏡野町国保富歯科診療所	○	○	
広島県	世羅中央病院	○	○	
広島県	北広島町芸北歯科診療所	○	○	
広島県	公立みつぎ総合病院	○	○	
広島県	北広島町豊平保健福祉総合センター		○	○
香川県	三豊総合病院	○	○	
愛媛県	中山町国保直営歯科診療所	○	○	
長崎県	国保平戸市民病院			○
熊本県	柏歯科診療所	○	○	
熊本県	上天草市立上天草総合病院	○	○	
大分県	姫島村国保診療所	○	○	

(2) 事業の内容

本事業は、「経口摂取障害者の実態調査」と介入プログラムを実施した「生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリモデル事業」の2つから構成される。

「経口摂取障害者の実態調査」では、経口摂取障害の原因となる疾患、対象者の口腔機能、身体状況全般、栄養摂取の状況や心理的状況等についてその実態を把握することを目指した。「口腔機能リハビリモデル事業」は、実態調査対象者の中から実際に介入プログラムを実施しその効果検証をすることを目指した。

(3) 対象者

①「経口摂取障害者の実態調査」

対象者は、各施設の事業実施担当者が以下の条件を満たす者を10名程度抽出し決定した。最終的に実態調査が行われた対象者数は合計221名であった。

<対象者の抽出条件>

- ◆平成16年10月中旬時点での入院・入所者もしくは介護保険サービス等を提供している在宅療養者。
- ◆経口摂取障害（認知期の障害、咀嚼・口腔期の障害、嚥下・食道期の障害）のうち1つ以上の障害がみられる入院・入所者、在宅療養者等。
- ◆原疾患の状態は、急性期、回復期、維持期、終末期のいずれの時期でもよい。
- ◆対象者（もしくは家族等）に本事業に参加することの説明を行った上、同意が得られた者。

なお、経口摂取障害と原疾患の時期の定義は以下の通りである（表 1-1-2, 3）。

表 1-1-2 経口摂取障害の定義

●認知期の障害 1. 口唇に食物やスプーンを触れても開口しない（食事に反応しない）。 2. 食物を口腔内に入れてもモグモグするばかりで一向に嚥下しない。 3. 食物以外の物を口に入れてしまう。 4. 食物の種類によらず、ガツガツと食物をひたすら口に運んでしまう。
●咀嚼・口腔期の障害 流動食、ゼリー食、ミキサー食、刻み食のいずれかを摂取している。 （すべて普通食、あるいは主食はお粥でもそれ以外は普通食であるケースは除く）
●嚥下・食道期の障害 経管・点滴管理である。あるいはそれらと経口摂取を併用している。

注：上記3つのうち1つ以上の障害がみられる場合に経口摂取障害ありとした。

表 1-1-3 原疾患発症後の時期の定義

急性期	疾患・リスク管理に重点を置きつつ、「廃用症候群の予防」を主目的にリハビリテーションを実施する時期（概ね発症後または手術後約3ヶ月まで）。
回復期	「ソフトランディングな退院」を主目的に、能動的な機能回復訓練を中心としたリハビリテーションを実施する時期（概ね発症後約9ヶ月までの時期）。
維持期	回復期を経て症状が安定してくる時期、あるいは後遺症として障害が固定した時期であり、「社会的孤立の予防」を主目的に、自立生活を支援することを中心としたリハビリテーションを実施する時期（発症後約9ヶ月以降）。
終末期	自立が望めず自分の力で身体保全をなしえない人々に対して、「最後まで人間らしい存在の保障」を主目的にリハビリテーションを実施する時期。

②「生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリモデル事業」

対象者は、前述の「経口摂取障害者の実態調査」を行った10名のうち以下の条件に該当する経口摂取障害者を選定し決定した。各施設概ね5名程度とした。

対象者の選定にあたっては、国保直診施設ならびに連携施設専門スタッフ間によるケースカンファレンスを通じて、以下の選定条件を全て満たす者について検討を行った。また、対象者本人もしくは家族等に本事業の目的等を説明し、同意を得た上で事業を実施した。

最終的に口腔機能リハビリモデル事業を実施した対象者数は全体で99名であった。

＜対象者の選定条件＞

- ◆経口摂取障害のうち1つ以上の障害がみられる者。
- ◆原疾患の状態は、いずれの時期でもよい。
- ◆本人、家族等が経口摂取障害の回復に向けた取り組みに対し意欲がある。
- ◆経口摂取障害の改善目標が具体的に設定できる者。

(4) 事業の実施期間

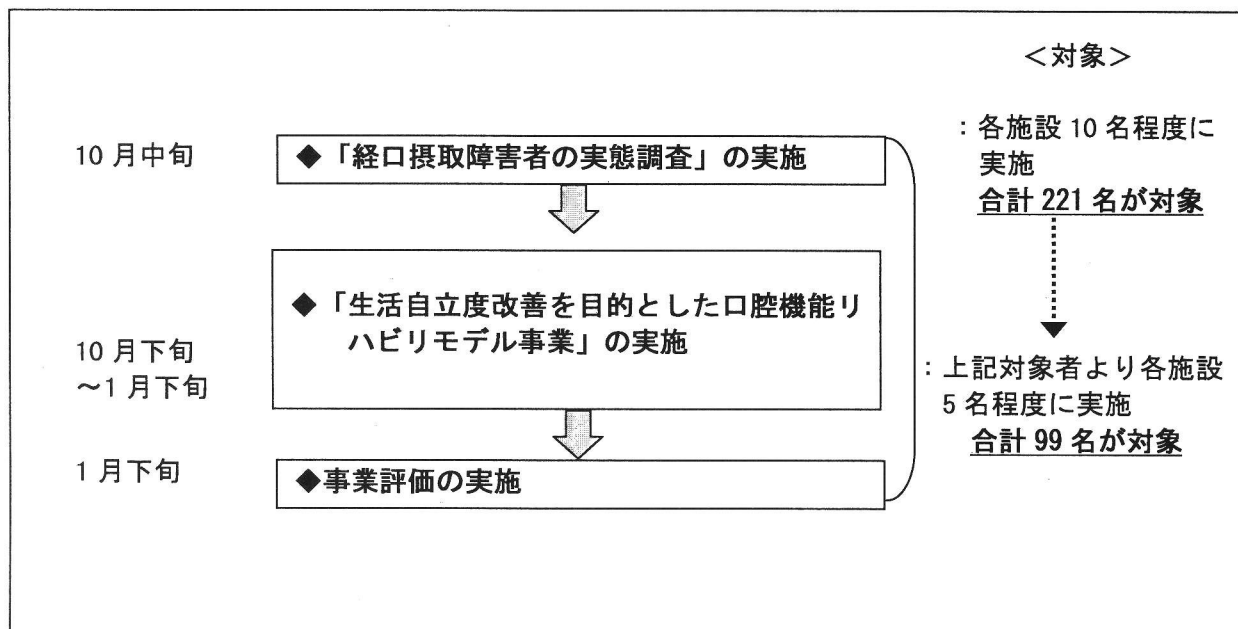
平成16年10月から17年1月末までであった。

2. 事業の実施方法

(1) 事業のながれ

本事業は以下のながれに沿って実施された（図 1-2-1）。

図 1-2-1 モデル事業のながれ



(2)「経口摂取障害者の実態調査」

経口摂取障害者を対象に障害の直接的原因となった疾患、障害の状況、全身状態（体格、血液検査結果、ADL 等）、栄養摂取の状況等についてアンケート調査方式で実施した。記入は、各施設の専門職種が行った。具体的な調査項目は下表の通りであった（表 1-2-1）。

表 1-2-1 「経口摂取障害者の実態調査」

設問項目	設問項目
※ 基本属性	IV 障害領域に対応した評価
(性別/年齢/居所/原疾患の時期)	アイヒナー分類
I 栄養状態の評価	義歯の状況
食事の自立度	口腔軟組織等の状態
食事時間	口腔清掃度
栄養摂取方法と食形態	舌苔量
食事の姿勢	口臭
II 経口摂取障害の状況	唾液湿潤度
経口摂取障害の有無	顎関節の異常
経口摂取障害に至った経緯	改訂水飲みテスト
経口摂取障害の状況/ 改善に向けて必要な事項	摂食嚥下障害問診票
III 全身状態の評価	摂食嚥下障害グレードの評価
身体測定	巻き鳥テスト
(身長/体重/握力/BMI/%IBW/%UBW /TSF/AC/AMC)	神経学的状況（舌・頬・口唇・下顎・軟口蓋）
血液検査（TP/Hb/Lymph/Alb）	V エネルギー量の測定
障害高齢者の日常生活自立度	必要エネルギー量
認知症高齢者の日常生活自立度	提供エネルギー量
要介護度	摂取エネルギー量
ADL 評価	材料数（在宅療養者のみ）
発熱日数	VI 心理的状況（フェイススケール）
全身疾患名	VII 口腔機能リハビリテーションの実施状況
麻痺、拘縮の状況	在籍専門職
褥瘡の状況（深度と大きさ）	リハビリの実施有無/実施職種
	NST の有無
	家族の介護力

(3)「生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリモデル事業」

① 目標の設定

【ねらい】

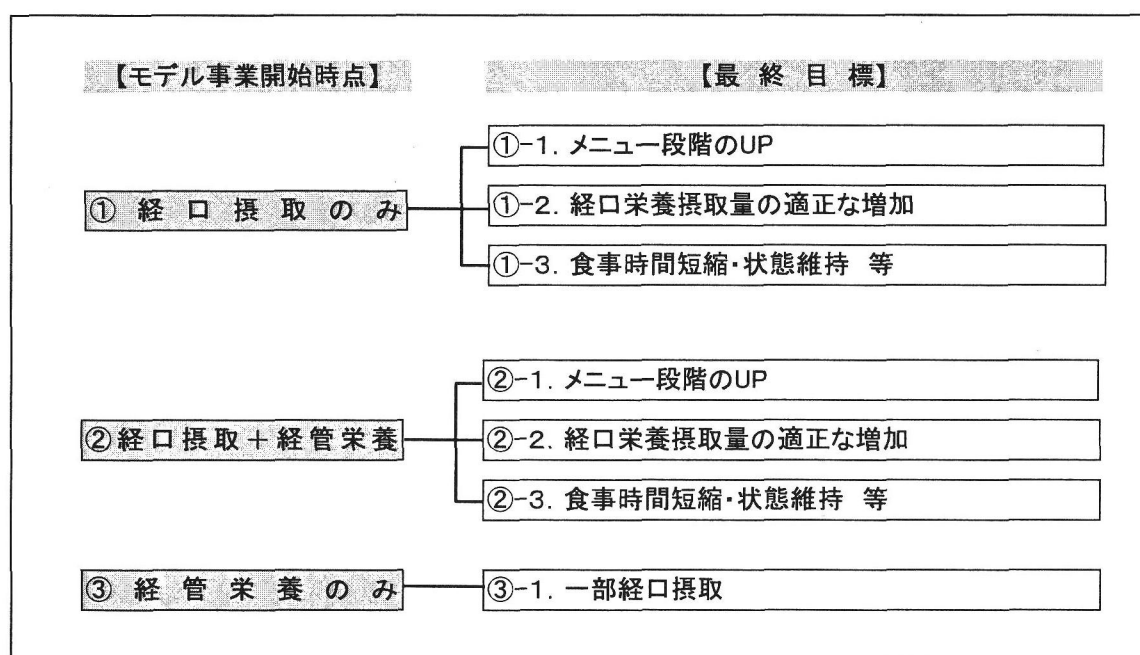
口腔機能リハビリテーションを行うにあたり、対象者の経口摂取障害をどのような状態に改善していくかについて、対象者本人やその家族等もしくは事業実施担当者が具体的な行動として目標設定を行った。こうした目標設定をすることによって、口腔機能リハビリテーションの実施目的を対象者本人、家族等さらには事業実施担当者全員が共有化され、動機づけを高め、専門職種間の連携が図られることを期待した。

【目標設定の方法】

目標は、対象者本人やその家族等の意向を最大限尊重しつつ、事業実施担当者による客観的な機能評価に基づき、実現可能な具体的な行動とした。この目標の達成に向けて介入プログラムの内容を決定し実施した。

目標は3ヶ月後のモデル事業終了時の最終目標を設定した上で、1ヶ月毎にその達成に向けた段階的目標の設定を行った。そのため、本モデル事業の期間内に3回(3ヶ月分)の目標設定がなされた。また、モデル事業対象期間後も見据えた対象者の最終目標もあわせて設定した(図 1-2-2)。

図 1-2-2 栄養摂取方法別最終目標(例)



【目標の見直しや、口腔機能リハビリテーションを中止することが必要な場合】

事業実施の途中で以下のような状況が見られたときには、目標設定の見直しもしくは口腔機能リハビリテーションを中止することとした（表 1-2-2）。

表 1-2-2 目標の見直し、口腔機能リハビリテーションを中止する条件

栄養摂取の方法	判断基準	
経口摂取のみ	目標の見直しが必要な場合	● 本人の拒否がある。
		● 食事時間の過度な延長が見られる。
		● 口腔内の食物残渣が増えた。
		● こぼす量が増えた。
経口摂取＋経管栄養	口腔機能リハビリテーションの中止が必要な場合	● 意識状態が覚醒していないこと。
		● 口腔清掃中に口唇の閉鎖が認められないこと。
		● 口腔清掃中に分泌される唾液を嚥下する動作（喉頭挙上）が認められないこと。
		● 喀出可能な咳（むせ）が認められないこと。
経管栄養のみ	口腔機能リハビリテーションの中止が必要な場合	● 繰り返しの発熱が見られること。
		● 意識状態が覚醒していないこと。
		● 口腔清掃中に口唇の閉鎖が認められないこと。
		● 口腔清掃中に分泌される唾液を嚥下する動作（喉頭挙上）が認められないこと。

注：上記の判断基準に1つ以上あてはまる場合には、目標の見直しもしくは口腔機能リハビリテーションを中止した。

【目標達成度の評価】

プログラム開始後1ヶ月毎に設定した目標の達成度を評価した。評価は、「本人もしくは家族等」、「専門職種」別を実施した。評価方法は、目標達成度を線の長さで表現するものとした（図 1-2-3）。

図 1-2-3 目標達成度評価（記入例）

目標	評価者	評価
「むせずに水が飲めるようになる」	本人もしくは家族等	変化なし  目標達成
	専門職種	変化なし  目標達成

注：「変化なし」の場合、線は引かれない。

② プログラムの決定と実施

<プログラムの決定>

モデル事業で行うプログラムは、「基本メニュー」、「直接メニュー」「選択メニュー」の3つから構成されている。対象者の原疾患の時期別にメニューを組み合わせて実施するものとした（表 1-2-3）。なお、メニューの選択にあたっては、対象者毎に複数職種に参加によるケアカンファレンスを開催し決定した。

第1の「基本メニュー」は回復期、維持期のみに実施することにした。第2に「直接メニュー」は回復期、維持期の対象者は必須メニューとし、急性期、終末期は各施設の判断により実施することとした。第3の「選択メニュー」は、全ての原疾患について各施設の判断により必要に応じて実施された。なお、急性期、回復期、維持期、終末期全てにおいて、本事業で挙げたメニュー以外に各施設で独自に行っているものがあればそれも継続するものとした（「独自メニュー」欄に記載）。

<プログラムの実施>

プログラムの実施にあたっては、歯科医師、歯科衛生士だけでなく幅広い職種により継続的かつ一定した介入が行われなくてはならず、プログラム実施中に目標見直し対象となったり、口腔機能リハビリテーションを中止すると判断した場合には連携職種間で連絡を図り速やかに対処することとした。

また、「基本メニュー」の実施方法について施設間でできる限り違いが発生しないようにすることを目的に解説ビデオを事前に配付した。

表 1-2-3 対象者の原疾患の時期別介入プログラムの構成と実施頻度

原疾患の 時期	基本メニュー (表 1-2-4)	直接メニュー (表 1-2-5)	選択メニュー (表 1-2-6, 7)
急性期	—	食形態区分を確認し、 実施する	対象者の状態に応じて、 実施する
回復期	1日1回を、週3回実施する	食形態区分を確認し、 実施する	※必要に応じて追加実施
維持期	1日1回を、週1回実施する	食形態区分を確認し、 実施する	※必要に応じて追加実施
終末期	—	食形態区分を確認し、 実施する	対象者の状態に応じて、 選択実施

表 1-2-4 「基本メニュー」の概要

①呼吸訓練	深呼吸を3回行う。大きく息を吸ってお腹を膨らませ、数秒息を止める。それからゆっくり吐く。ゆっくり息を吐いて、お腹をへこませ、数秒息を止める。それからゆっくりと吸う（以上を繰り返す）。
②頸部のリラクゼーション	首を倒し、5～10秒間ゆっくりとストレッチをする。後ろ、右、左、回転を2～3回ずつ行う。肩をすばめるように力を入れ、その後ストーンと肩の力をぬく。
③口唇の運動	口唇の突出と横引き（「イー」の発音時の動き）。口をすばめたまま左右に動かす。
④舌の運動	舌を前に突き出す。左右の口角に交互につける。上唇と下唇に交互に舌先をつける。
⑤顎の運動	口を大きく開けて、閉じる。10回を1セットとして適宜行う。
⑥ブローイング	「巻き鳥」を利用してできるだけ息を長く吸い込むように努力する。

表 1-2-5 「直接メニュー」に用いる食形態区分

		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5
状態		以下が食べられる	以下が食べられる	以下が食べられる	以下が食べられる	以下が食べられる
食形態	主食	ご飯（普通）	ご飯（軟食）、全粥	七分粥	五分粥	ゼリー（1.6%ゼラチンゼリーもしくは介護食用かんてん）
	副食	軟菜	一口大	粗きざみ	極きざみ、ペースト、ミキサー	

		区分6	区分7
状態		ティースプーン1杯（3～4cc）が飲める	1cc 飲める（ストローピペット法による水のみテスト）
食形態		ティースプーンの水にとろみをつけたもの	少量の水（とろみ調整済み）

表 1-2-6 「選択メニュー」(回復期、維持期用)

回復期 維持期	code	認知期における障害に対するケア	code	咀嚼・口腔期における障害に対するケア	code	嚥下・食道期における障害に対するケア
医 師	34	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	34	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	34	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)
	35	全身の治療(処方薬の記載)	35	全身の治療(処方薬の記載)	35	全身の治療(処方薬の記載)
	36	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	36	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	36	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)
歯 科 医 師	37	ブラッシング行為自立を目的とした学習訓練(起坐、座位、立)	54	呼吸訓練	-	<嚥下体操(自動的)>
	38	口腔機能評価と疾病治療	40	口腔ケア	38	口腔機能評価と疾病治療
	39	訓練プログラムの立案	38	口腔機能評価と疾病治療	39	訓練プログラムの立案
	40	口腔ケア	39	訓練プログラムの立案	40	口腔ケア
			-	<嚥下体操(自動的)>	55	歯科的治療(義歯調整・適合、顎補綴等の治療)
看 護 師	-	<嚥下体操(自動的)>	-	<嚥下体操(自動的)>	-	<嚥下体操(自動的)>
	41	起坐・座位・立位訓練	56	段階的摂食訓練(形態、味、量)	56	段階的摂食訓練(形態、味、量)
	42	口腔状態の観察 (舌苔、前歯の黒色カリエスの有無、義歯装着の有無)	42	口腔状態の観察 (舌苔、前歯の黒色カリエスの有無、義歯装着の有無)	68	寒冷刺激法or氷なめ訓練
	43	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)	43	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)	43	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)
	44	口腔周囲を刺激する(頬、口唇のマッサージ)	57	姿勢体位の確認(30度、60度、90度)	67	Shaker exercise(頭部挙上訓練)
看護補助者						
歯 科 衛 生 士	37	ブラッシング行為自立を目的とした学習訓練(起坐、座位、立)	-	<嚥下体操(自動的)/(他動的)>	-	<嚥下体操(自動的)/(他動的・リップウイングの使用可)>
	45	専門的口腔清掃		①呼吸訓練 ・腹式呼吸、・咳訓練 ②頸部ストレッチ運動 ・前屈、後屈、傾斜、回旋 ③顎運動 ・顔面マッサージ含む ④舌運動 ・前方挺出、・舌挙上、・舌尖口角接触		①呼吸訓練 ・腹式呼吸、・咳訓練 ②頸部ストレッチ運動 ・前屈、後屈、傾斜、回旋 ③顎運動 ・顔面マッサージ含む ④舌運動 ・前方挺出、・舌挙上、・舌尖口角接触
			45	専門的口腔清掃	69	喉頭挙上(メンデルゾーン手技)
					66	寒冷刺激法(咽頭マッサージ)
					70	構音訓練(バ行、ガ行発音、タ・カ・ラ・テ・ト発音、母音の発音)
管 理 栄 養 士			58	食塊形成補助食調理の指示・段階的食物性状の対応(施設の食事メニューに合わせる)	71	嚥下機能補助食品の調理の指示(施設の食事メニューに合わせる)
			59	段階的食物性状の対応	59	段階的食物性状の対応
理 学 療 法 士	46	座位の確保	47	頸部・体幹機能の改善	47	頸部・体幹機能の改善
	47	頸部・体幹機能の改善	60	関節可動域訓練(頸部・体幹)	60	関節可動域訓練(頸部・体幹)
	48	筋力増強訓練	48	筋力増強訓練	48	筋力増強訓練
	49	頸部のリラクゼーション	49	頸部のリラクゼーション	49	頸部のリラクゼーション
作 業 療 法 士	50	上肢機能強化	50	上肢機能強化	50	上肢機能強化
	51	利き手交換訓練	61	ブラッシング器具、食事器具の改良	62	摂食姿勢の強化
	52	自助具の検討	62	摂食姿勢の強化	67	Shaker exercise(頭部挙上訓練)
	53	食事動作訓練	-	<嚥下体操(自動的)>	-	<嚥下体操(自動的)>
言 語 聴 覚 士			63	口すぼめ呼吸	63	口すぼめ呼吸
			64	ストロー訓練(ブローイング)	65	構音訓練
			65	構音訓練	73	Pushing Exercise
					74	嚥下パターン訓練
					69	喉頭挙上(メンデルゾーン手技)
薬 剤 師					67	Shaker exercise(頭部挙上訓練)
保 健 師						
介 護 福 祉 士	41	起坐・座位・立位訓練	-	<嚥下体操(自動的)>	-	<嚥下体操(自動的)>
ヘルパー						
介 護 員						
ケアマネジャー						
家 族						
そ の 他						

注:理学療法士の欄に記載したメニューについては、対象者の意識レベル、障害の程度に応じて自動的もしくは他動的に実施するか、その実施時間等を適宜調整のこと。

注:薬剤師、保健師、介護福祉士、ヘルパー、介護員、家族が参加される場合には、医師もしくは歯科医師等の判断にもとづき選択されたメニューを、その指示のもと実施のこと。

表 1-2-7 つづき「選択メニュー」(急性期、終末期用)

急性期	code	認知期における障害に対するケア	code	咀嚼・口腔期における障害に対するケア	code	嚥下・食道期における障害に対するケア
医 師	1	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	1	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	1	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)
	2	全身の治療(処方薬の記載)	2	全身の治療(処方薬の記載)	2	全身の治療(処方薬の記載)
	3	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	3	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	3	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)
歯 科 医 師	4	口腔ケア	4	口腔ケア	4	口腔ケア
	5	口腔機能評価と疾病治療	5	口腔機能評価と疾病治療	5	口腔機能評価と疾病治療
	6	訓練プログラムの立案	6	訓練プログラムの立案	6	訓練プログラムの立案
看 護 師	7	口腔清掃	17	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)	17	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)
	8	タッピング運動(咬合訓練)	8	タッピング運動(咬合訓練)	8	タッピング運動(咬合訓練)
	9	口腔状態の観察(舌苔、口腔内 出血の有無、動揺歯のチェッ ク)	9	口腔状態の観察 (舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯 のチェック)	27	水飲みテスト
			18	姿勢体位の確認 (30度、60度、90度)	9	口腔状態の観察 (舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯の チェック)
			19	急変時の対応策 吸引器の準備	18	姿勢体位の確認 (30度、60度、90度)
			20	水飲み・フードテスト (ゼリー・ペースト)	28	アイスマッサージor氷なめ訓練
			21	表情筋のマッサージ・強化	19	急変時の対応策 吸引器の準備
			22	座位保持・離床訓練	22	座位保持・離床訓練
					21	表情筋のマッサージ・強化
看護補助者 歯科衛生士	10	専門的口腔清掃、タッピング	10	専門的口腔清掃、タッピング	10	専門的口腔清掃、タッピング
管理栄養士			23	嚥下訓練食の提供 (水、ゼリー、ペースト)		
理学療法士	11	座位の確保	12	頸部・体幹機能の改善	12	頸部・体幹機能の改善
	12	頸部・体幹機能の改善	13	関節可動域訓練(頸部・体幹)	13	関節可動域訓練(頸部・体幹)
	13	関節可動域訓練(頸部・体幹)	14	筋力増強訓練	14	筋力増強訓練
	14	筋力増強訓練	15	頸部のリラクゼーション	15	頸部のリラクゼーション
	15	頸部のリラクゼーション			29	《必要に応じて》 肺理学療法(体位ドレナージ)
作業療法士	16	上肢機能強化	16	上肢機能強化	16	上肢機能強化
言語聴覚士			24	口すぼめ呼吸	24	口すぼめ呼吸
			25	ストロー訓練(ブローイング)	30	発声訓練
			26	構音訓練	31	Pushing Exercise
					32	嚥下パターン訓練
					33	メンデルゾーン手技
薬剤師						
保健師						
介護福祉士						
ヘルパー						
介護員						
ケアマネジャー						
家族						
その他						

注:理学療法士の欄に記載したメニューについては、対象者の意識レベル、障害の程度に応じて自動的もしくは他動的に実施するか、その実施時間等を適宜調整のこと。

終末期						
	code	認知期における障害に対するケア	code	咀嚼・口腔期における障害に対するケア	code	嚥下・食道期における障害に対するケア
医 師	75	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	75	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	75	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)
	76	全身的治療(処方薬の記載)	76	全身的治療(処方薬の記載)	76	全身的治療(処方薬の記載)
	77	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	77	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	77	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)
歯 科 医 師	78	口腔ケア	78	口腔ケア	78	口腔ケア
	79	口腔機能評価と疾病治療	79	口腔機能評価と疾病治療	79	口腔機能評価と疾病治療
	80	訓練プログラムの立案	80	訓練プログラムの立案	80	訓練プログラムの立案
看 護 師	81	口腔清拭	96	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)	96	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)
	82	タッピング運動(咬合訓練)	82	タッピング運動(咬合訓練)	82	タッピング運動(咬合訓練)
	83	全身状態チェック	97	咀嚼障害のための咀嚼訓練(形、味付け、量)	97	嚥下障害のための嚥下訓練(形、味付け、量)
	84	覚醒状態チェック	98	嚥下しやすい量を少量ずつ与える	100	姿勢体位の確認(30度、60度、90度)
	85	口腔状態の観察(舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯のチェック)	99	食品の味付け(味覚を楽しむ)	103	アイスマッサージor氷なめ訓練
	86	冷たいスプーンを唇舌に触れさせ、味覚を楽しむ	100	姿勢体位の確認(30度、60度、90度)	87	急変時の対応策 吸引器の準備
	87	急変時の対応策 吸引器の準備	87	急変時の対応策 吸引器の準備	88	廃用予防のための咀嚼訓練(形、味付け、量)
	88	廃用予防のための咀嚼訓練(形、味付け、量)	88	廃用予防のための咀嚼訓練(形、味付け、量)		
看護補助者						
歯科衛生士	89	専門的口腔清掃	89	専門的口腔清掃	89	専門的口腔清掃
管理栄養士			101	食べやすい食事の提供(施設の食事メニュー合わせ)	101	食べやすい食事の提供(施設の食事メニュー合わせ)
理学療法士	90	座位の確保	91	頸部・体幹機能の改善	91	頸部・体幹機能の改善
	91	頸部・体幹機能の改善	92	関節可動域訓練(頸部・体幹)	92	関節可動域訓練(頸部・体幹)
	92	関節可動域訓練(頸部・体幹)	93	筋力増強訓練	93	筋力増強訓練
	93	筋力増強訓練	94	頸部のリラクゼーション	94	頸部のリラクゼーション
作業療法士	94	頸部のリラクゼーション			104	《必要に応じて》 肺理学療法(体位ドレナージ)
	95	上肢機能強化	102	上肢・頸部・体幹機能の維持・強化	102	上肢・頸部・体幹機能の維持・強化
言語聴覚士						
薬剤師						
保健師						
介護福祉士						
ヘルパー						
介護員						
ケアマネジャー						
家族						
その他						

注: 理学療法士の欄に記載したメニューについては、対象者の意識レベル、障害の程度に応じて自動的もしくは他動的に実施するか、その実施時間等を適宜調整のこと。

③ 経過の記録方法

介入経過は、1 ヶ月毎の目標とともに、「目標設定と実施経過記録表」に記録した。記録内容の概要は以下の通りであった（図 1-2-4）。

- ◆「目標設定」：1 ヶ月後の目標、2 ヶ月後の目標、3 ヶ月後の目標、最終目標
- ◆「目標達成度評価」：評価者、目標達成度
- ◆「基本メニュー」：実施月日、実施職種
- ◆「直接メニュー」：実施月日、用いた食形態の区分（表 1-2-5）
- ◆「選択メニュー」：（実施した場合のみ）実施月日、選択メニューコード、実施職種
- ◆「独自メニュー」：実施場合のみ実施内容と実施月日、実施職種

図 1-2-4 実施経過記録表（記入例）

基本メニュー							
実施月日	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23	10/24
①呼吸訓練	DH	DH	DH	De	Ns	DH	DH
②頸部リラクゼーション	DH	DH	DH	DH	DH	DH	DH
③口唇の運動	DH	DH	De	DH	DH	Ns	DH
④舌の運動	De	DH	DH	DH	De	DH	Ns
⑤顎の運動	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
⑥フローイング	Ns	De	De	Ns	Ns	De	Ns

主に実施した
職種の略称を記入
（表 1-2-4）

直接メニュー							
実施月日	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23	10/24
リハビリ用メニューの食形態区分							
主食：	区分5	区分5	区分5	区分5	区分5	区分5	区分4
副食：	区分5	区分5	区分5	区分4	区分4	区分5	区分4
その他：	区分4	区分4	区分4	区分4	区分4	区分4	区分3

リハビリテーションに
用いたメニューを記入
（表 1-2-5）

選択メニュー							
実施月日	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23	10/24
選択メニューコード							
ケアのカテゴリ							
A.口腔清掃（一般的&専門的）を 目的とするケア	45	45	45	45	45	45	45
B.治療（医科&歯科）を 目的とするケア	55	55	55	55	38. 55	55	55
C.リハビリ全般&口腔 機能リハビリ等を 目的とするケア	49. 63	49. 63	49. 63	49. 63	49. 63	49	49
独自メニュー（行った場合のみ記入）							
特になし							

選択肢、実施した
メニューを記入
（表 1-2-6, 7）

独自のメニューで
取り組みがあれば
記入

④ 事後評価の方法

口腔機能リハビリテーション実施後における対象者の口腔機能の状態、身体状況、栄養摂取の状況等についてモデル事業終了後に事後評価を実施した。評価項目は、「経口摂取障害者の実態調査」の調査項目の中から評価として必要な項目を抜粋し実施した（表 1-2-8）。

表 1-2-8 「事後評価票」

設問項目	設問項目
※ 基本属性	IV 障害領域に対応した評価
(性別/年齢/居所/原疾患の時期)	アイヒナー分類
I 栄養状態の評価	歯科治療の有無
食事の自立度	口腔軟組織等の状態
食事時間	口腔清掃度
栄養摂取方法と食形態	舌苔量
食事の姿勢	口臭
II 経口摂取障害の状況	唾液湿潤度
経口摂取障害の有無	顎関節の異常
III 全身状態の評価	改訂水飲みテスト
身体測定	摂食嚥下障害問診票
(身長/体重/握力/BMI/%IBW/%UBW/ TSF/AC/AMC)	摂食嚥下障害グレードの評価
血液検査 (TP/Hb/Lymph/Alb)	巻き鳥テスト
障害高齢者の日常生活自立度	神経学的状況
認知症高齢者の日常生活自立度	(舌・頬・口唇・下顎・軟口蓋)
要介護度	V エネルギー量の測定
ADL 評価	必要エネルギー量
発熱日数	提供エネルギー量
全身疾患名	摂取エネルギー量
麻痺、拘縮の状況	材料数 (在宅療養者のみ)
褥瘡の状況 (深度と大きさ)	VI 心理的状況 (フェイススケール)
	※自由回答

第2章

「経口摂取障害者の実態調査」の結果

1. 基本属性

(1) 回収数

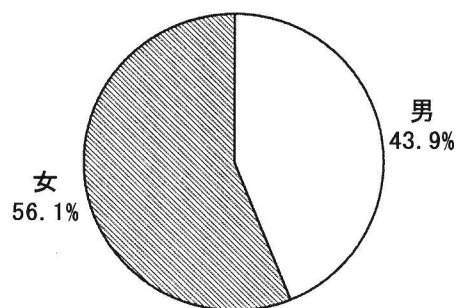
「経口摂取障害者の実態調査」の回収数は 221 件であった。以下に示した調査結果は 221 件を対象に集計を行ったものである。

(2) 基本属性

① 性別

「男性」 43.9%、「女性」 56.1%であった。(図 2-1-1)

図 2-1-1 性別



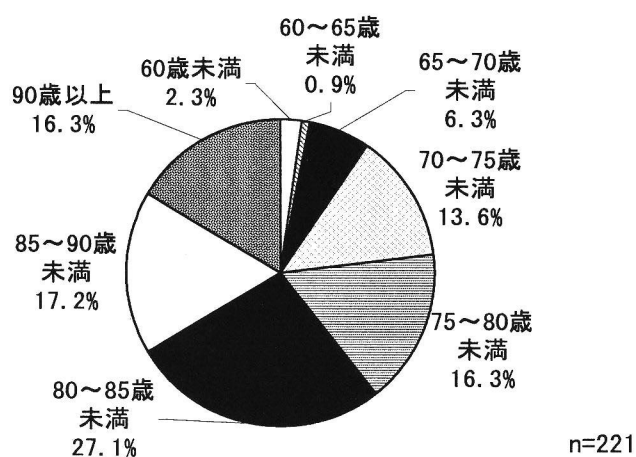
n=221

② 年齢

5歳階級別にみると「65歳未満」が3.2%、「65～70歳未満」6.3%、「70～75歳未満」13.6%、「75～80歳未満」16.3%、「80～85歳未満」27.1%、「85～90歳未満」17.2%、「90歳以上」では16.3%であった。

全体では、「前期高齢者（65～75歳未満）」が19.9%、「後期高齢者（75歳以上）」76.9%の構成であった（図 2-1-2）。

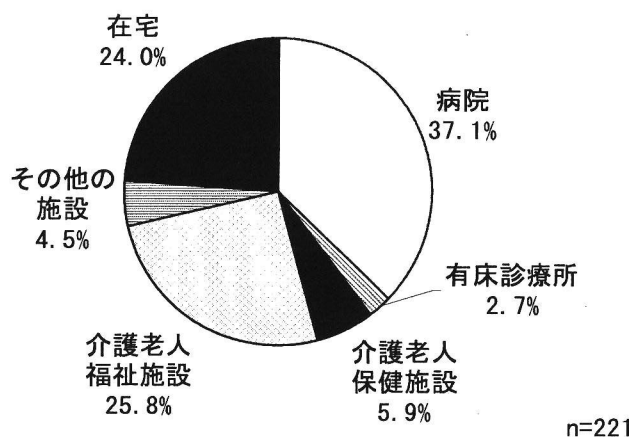
図 2-1-2 年齢



③ 対象者の居所

対象者の居所をみると、「病院」が37.1%、「介護老人福祉施設」25.8%、「在宅」24.0%であり、約8割が入院・入所者であった（図 2-1-3）。

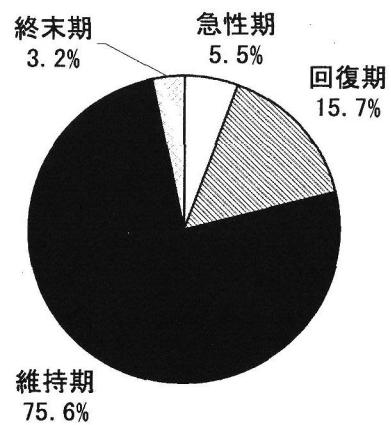
図 2-1-3 対象者の居所



④ 原疾患の時期

原疾患の時期をみると、「急性期」5.5%、「回復期」15.7%、「維持期」75.6%、「終末期」3.2%であり、約8割が維持期で占められていた（図 2-1-4）。

図 2-1-4 原疾患の時期



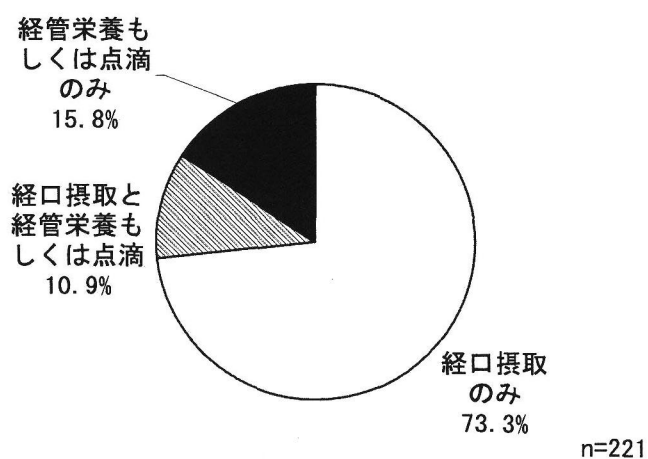
n=221

2. 栄養状態の評価

(1) 栄養摂取の方法と食形態

対象者の栄養摂取の方法についてみると、「経口摂取のみ」73.3%、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」10.9%、「経管栄養もしくは点滴のみ」15.8%であり、対象者の約3割が経口摂取以外の方法で栄養を摂っていた（図 2-2-1）。

図 2-2-1 栄養摂取の方法と食形態



(2) 食事の自立度

対象者の食事行動に関する自立度をみると、「自立」24.5%、「見守りが必要」15.0%、「一部介助」20.9%、「全介助」24.1%であった（表 2-2-1）。

調査時点における栄養摂取方法別に食事の自立度をみると、経口摂取のみで栄養補給している対象者の24.7%が「全介助」であるのに対し、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」者は「全介助」が54.2%を占めていた（表 2-2-2）。

なお、在宅療養者53名について食事の自立度をみると、何らかの介助を要する対象者が5割を占めており食事介護のための時間を要していることが推察された（「一部介助」、「全介助」、「全て経管栄養」の合計）（表 2-2-3）。

表 2-2-1 食事の自立度

	合計	自立	見守りが 必要	一部介助	全介助	全て 経管栄養
総計	220	54	33	46	53	34
	100.0	24.5	15.0	20.9	24.1	15.5

※無回答を除いた集計結果である。

表 2-2-2 栄養摂取方法別にみた食事の自立度

	合計	自立	見守りが 必要	一部介助	全介助
経口摂取のみ	162	53	31	38	40
	100.0	32.7	19.1	23.5	24.7
経口摂取と経管栄養 もしくは点滴	24	1	2	8	13
	100.0	4.2	8.3	33.3	54.2

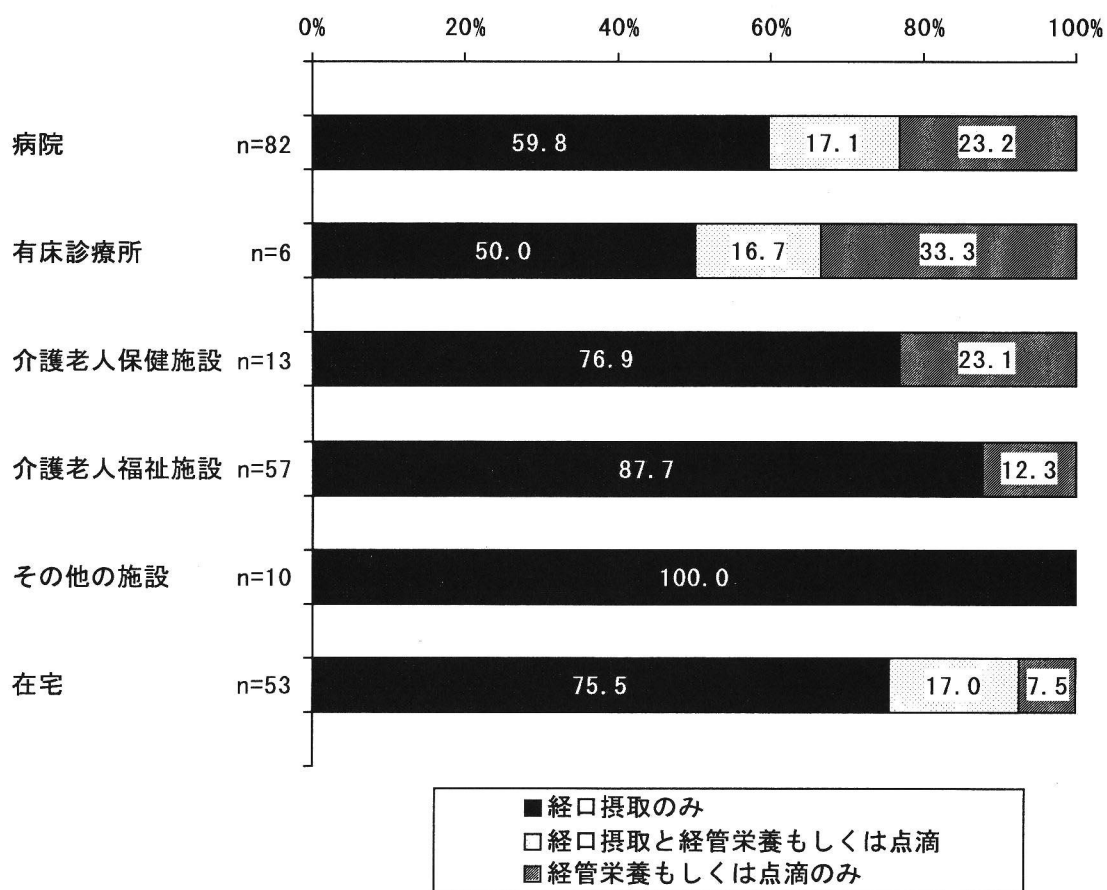
表 2-2-3 在宅療養者の食事の自立度

	合計	自立	見守りが 必要	一部介助	全介助	全て 経管栄養
在宅	53	15	11	13	9	5
	100.0	28.3	20.8	24.5	17.0	9.4

一方、対象者の居所別に栄養摂取の方法をみると、経口摂取以外の方法を用いている対象者（「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」、「経管栄養もしくは点滴のみ」の合計）は、「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」といった介護保険施設よりも医療機関（「病院」、「有床診療所」）の方が高い傾向にあった。

なお、「在宅」療養者においても約25%が、経口摂取以外の方法を用いて栄養補給していた（図 2-2-2）。

図 2-2-2 対象者の居所別にみた栄養摂取の方法



(3) 食事時間

対象者の食事時間をみると、「20～30 分未満」が 30.5%、「30 分以上」29.5%、「10～20 分未満」21.4%であった（表 2-2-4）。

栄養摂取方法別にその食事時間をみると、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」の方が「30 分以上」の割合が 54.2%と、食事時間がかかる傾向にあった（表 2-2-5）。

表 2-2-4 食事時間

	合計	10 分 以内	10～20 分未満	20～30 分未満	30 分 以上
総計	220	7	47	67	65
	100.0	3.2	21.4	30.5	29.5

※無回答を除いた集計結果である。

表 2-2-5 栄養摂取方法別にみた食事時間

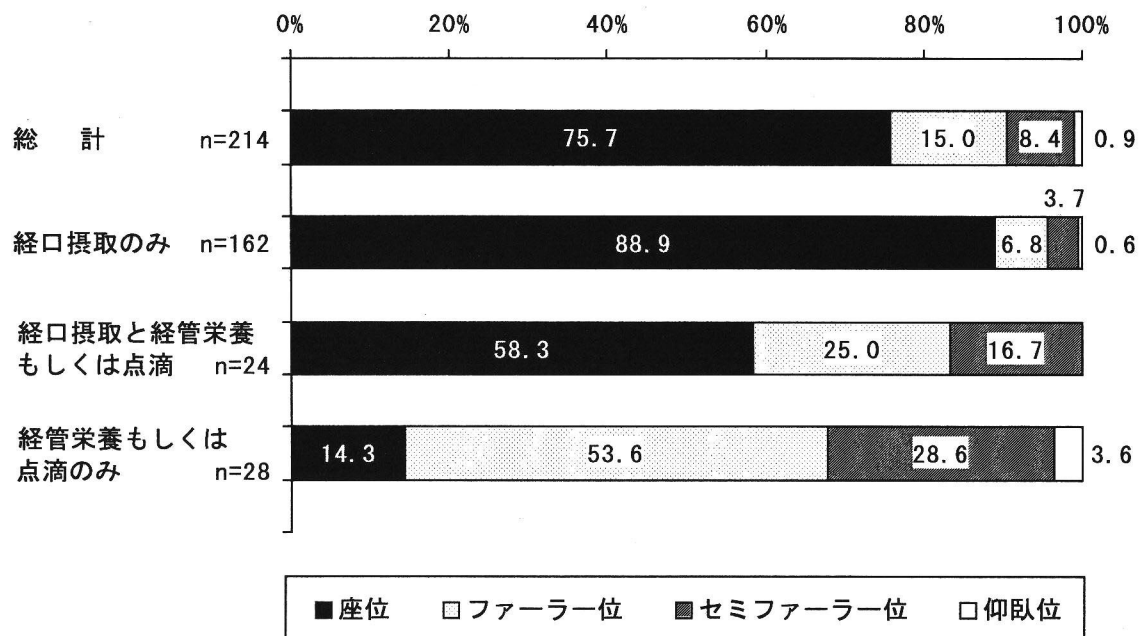
	合計	10 分 以内	10～20 分未満	20～30 分未満	30 分 以上
経口摂取のみ	162	7	43	60	52
	100.0	4.3	26.5	37.0	32.1
経口摂取と経管栄養 もしくは点滴	24	0	4	7	13
	100.0	0.0	16.7	29.2	54.2

(4) 食事の姿勢

対象者が食事を摂る際の姿勢をみると、「座位」が75.7%、「ファーラー位」15.0%、「セミファーラー位」8.4%、「仰臥位」0.9%であった。

栄養摂取方法別に食事の姿勢をみると、「座位」の割合が、「経口摂取のみ」では88.9%を占めているが、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」では58.3%、「経管栄養もしくは点滴のみ」では14.3%であった（図 2-2-3）。

図 2-2-3 食事の姿勢



※無回答を除いた集計結果である。

3. 経口摂取障害の状況

(1) 認知期の障害

経口摂取障害のうち認知期の障害についてみると、「障害あり」が 35.0%を占めた。具体的な障害の状況をみると、「食物を見ても食べようとしない」が 57.1%、「食事に極端に時間がかかる」50.6%、「食物を口腔内にため込んだまま食事動作が止まってしまう」44.2%であった（表 2-3-1）。

表 2-3-1 認知期の障害（複数回答）

	合計	障害なし	障害あり	認知期の障害（複数回答）			
				食物を見ても食べようとしない	食物を口腔内にため込んだまま食事動作が止まってしまう	食事に極端に時間がかかる	食物以外のものを口に入れてしまう
総計	220	143	77	44	34	39	5
	100.0	65.0	35.0	57.1	44.2	50.6	6.5

※無回答を除いた集計結果である。

(2) 咀嚼・口腔期の障害

咀嚼・口腔期の障害についてみると、「障害あり」75.8%、「障害なし」24.2%であり約 8 割が咀嚼・口腔期の障害に該当していた。具体的な障害の状況をみると、「硬いものが食べにくい（咀嚼障害）そのためにミキサー食やきざみ食などを摂取している」83.1%、「もぐもぐするばかりでなかなか嚥下しない」33.7%、「口が大きく開かない（開口障害）」25.3%であった（表 2-3-2）。

表 2-3-2 咀嚼・口腔期の障害（複数回答）

	合計	障害なし	障害あり	咀嚼・口腔期の障害（複数回答）		
				口が大きく開かない（開口障害）	硬いものが食べにくい（咀嚼障害）そのためにミキサー食やきざみ食などを摂取している	もぐもぐするばかりでなかなか嚥下しない
総計	219	53	166	42	138	56
	100.0	24.2	75.8	25.3	83.1	33.7

※無回答を除いた集計結果である。

(3) 嚥下・食道期の障害

嚥下・食道期の障害についてみると、「障害あり」76.5%であり咀嚼・口腔期同様約8割が嚥下・食道期の障害に該当していた。具体的な障害の状況を見ると、「水分や食物を嚥下するとむせる」が74.1%、「誤嚥予防のために嚥下食（ゼラチン食など）や増粘剤を使用している」45.2%であった（表 2-3-3）。

表 2-3-3 嚥下・食道期の障害（複数回答）

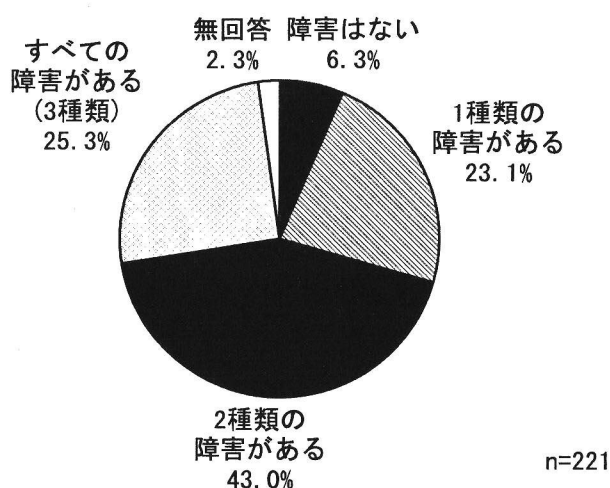
	合計	障害なし	障害あり	嚥下・食道期の障害（複数回答）			
				水分や食物を嚥下するとむせる	誤嚥予防のために嚥下食（ゼラチン食など）や増粘剤を使用している	経管栄養または経管栄養と経口摂取を併用している	誤嚥性肺炎の既往がある
総計	217	51	166	123	75	23	49
	100.0	23.5	76.5	74.1	45.2	13.9	29.5

※無回答を除いた集計結果である。

(4) 障害の重複状況

障害の重複状況をみると、「認知期の障害」、「咀嚼・口腔期の障害」、「嚥下・食道期の障害」の全ての障害が見られる対象者は25.3%、2種類の障害が見られる対象者が43.0%、1種類の障害では23.1%であった（図 2-3-1）。

図 2-3-1 経口摂取障害の重複状況

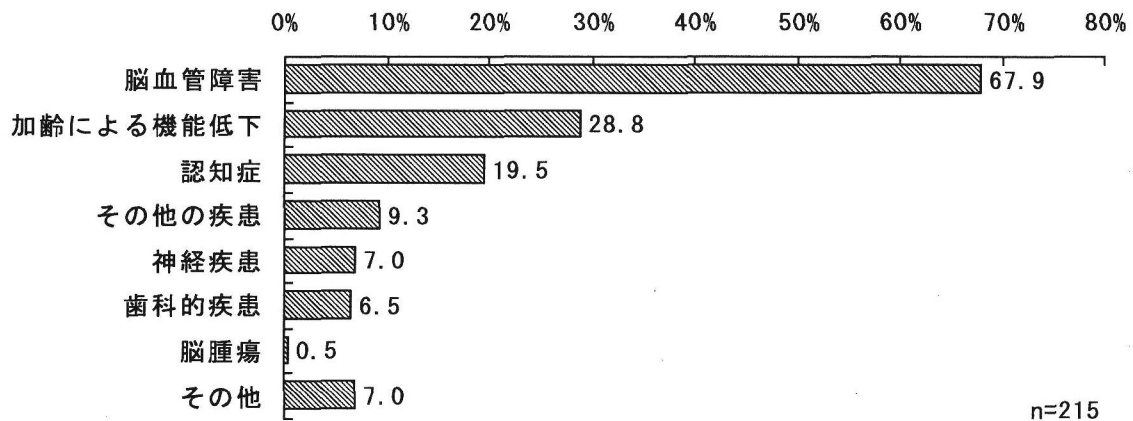


※「障害はない」(6.3%)は、事業実施担当者の判断により対象者に選んだため集計対象とした。また、「無回答」(2.3%)は経管栄養もしくは点滴のみで栄養摂取をしている対象者であるため集計対象とした。

(5) 経口摂取障害が発現した直接的原因

経口摂取障害が発現した直接的原因をみると、「脳血管障害」が67.9%で最も高く、次いで「加齢による機能低下」28.8%、「認知症」19.5%の順であった（図 2-3-2）。

図 2-3-2 経口摂取障害が発現した直接的原因（複数回答）



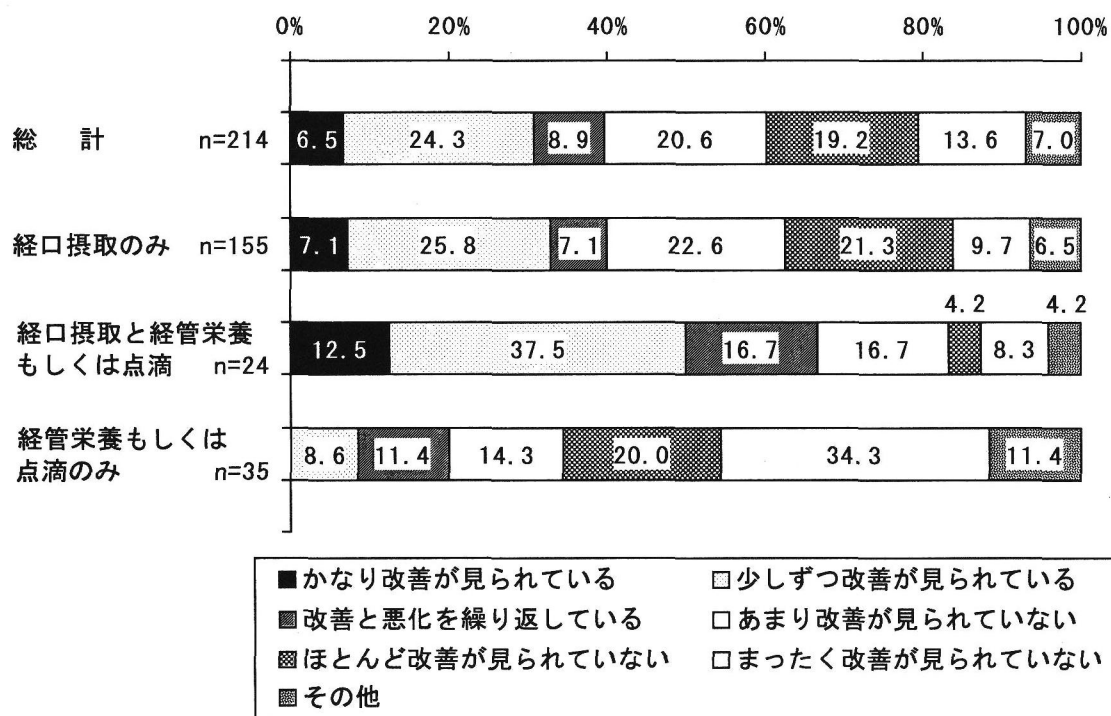
※無回答を除いた集計結果である。

(6) 経口摂取障害発現後から現在までの改善状況

発現後の改善状況をみると、「少しずつ改善が見られている」が24.3%、「あまり改善が見られていない」20.6%、「ほとんど改善が見られていない」19.2%であった。

栄養摂取方法別に改善状況をみると、改善が見られていない割合（「あまり改善が見られていない」、「ほとんど改善が見られていない」、「まったく改善が見られていない」の合計）は、「経管栄養もしくは点滴のみ」において5割と最も高い傾向にあった。一方で、集計対象は24名であるが「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」者は改善している割合が5割と最も高い傾向にあった（「かなり改善がみられている」、「少しずつ改善が見られている」の合計）（図 2-3-3）。

図 2-3-3 現在の経口摂取障害の状況



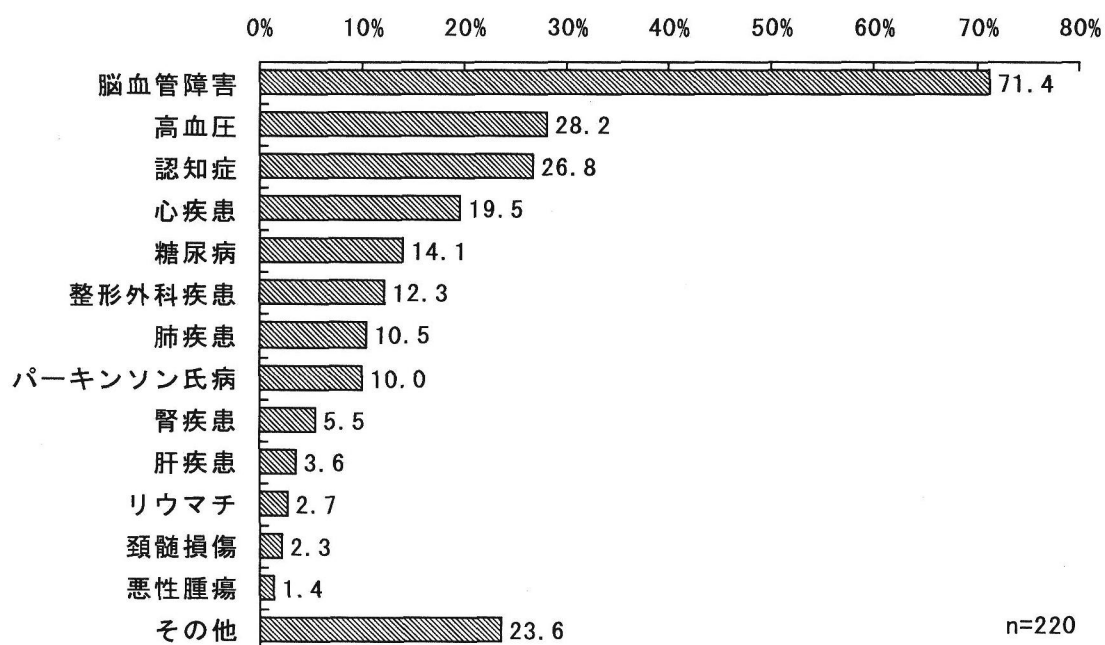
※無回答を除いた集計結果である。

4. 全身状態

(1) 疾患名

対象者の疾患名をみると、「脳血管障害」が71.4%、「高血圧」28.2%、「認知症」26.8%、「心疾患」19.5%の順であり圧倒的に「脳血管障害」の割合が高くなっていた（図 2-4-1）。

図 2-4-1 全身疾患名（複数回答）

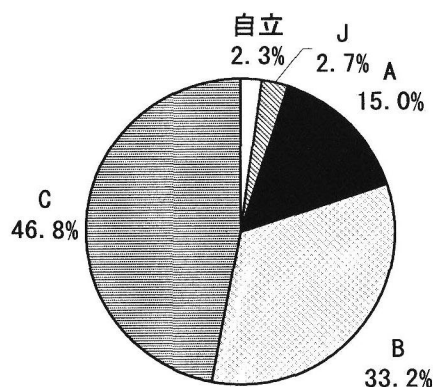


※無回答を除いた集計結果である。

(2) 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)

対象者における障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)をみると、「C」が46.8%、「B」33.2%、「A」15.0%、「J」2.7%、「自立」2.3%の順であった(図 2-4-2)。

図 2-4-2 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)



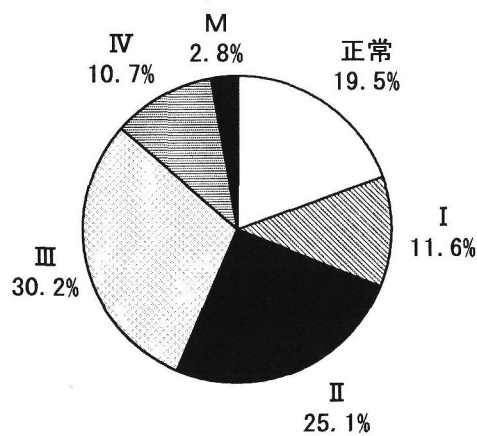
n=220

※無回答を除いた集計結果である。

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度

対象者について認知症高齢者の日常生活自立度についてみると、「正常」19.5%であった。一方で、「Ⅲ」が30.2%、「Ⅱ」25.1%、「Ⅰ」11.6%、「Ⅳ」10.7%、「M」2.8%の構成であった(図 2-4-3)。

図 2-4-3 認知症高齢者の日常生活自立度



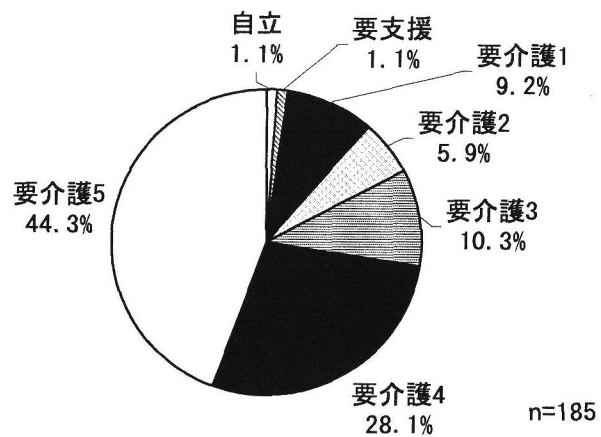
n=215

※無回答を除いた集計結果である。

(4) 要介護度(介護保険制度における要介護認定結果)

要介護度(介護保険制度における要介護認定結果)をみると、「要介護 5」が 44.3%、「要介護 4」28.1%、「要介護 3」10.3%、「要介護 1」9.2%、「要介護 2」5.9%、「自立」、「要支援」1.1%の順であった(図 2-4-4)。

図 2-4-4 要介護度(介護保険制度における要介護認定結果)



※介護保険制度における要介護認定を受けていない人は集計対象から除いた。

(5) ADL (Barthel Index)

対象者のADLについて Barthel Index の項目でみると、介助必要（一部介助、部分介助と全介助の合計）については、「入浴」が 94.6%、「整容」89.1%、「階段昇降」88.2%、「更衣」82.8%であった（表 2-4-1）。

表 2-4-1 ADL 評価

	合計	介助必要	介助なし
1) 食事	221	92	129
	100.0	41.6	58.4
2) 車いすとベッド間の移動	221	152	69
	100.0	68.8	31.2
3) 整容	221	197	24
	100.0	89.1	10.9
4) 用便動作	221	176	45
	100.0	79.6	20.4
5) 入浴	221	209	12
	100.0	94.6	5.4
6) 平地歩行	221	176	45
	100.0	79.6	20.4
7) 階段昇降	221	195	26
	100.0	88.2	11.8
8) 更衣	221	183	38
	100.0	82.8	17.2
9) 排便コントロール	219	169	50
	100.0	77.2	22.8
10) 排尿コントロール	220	172	48
	100.0	78.2	21.8

※「介助必要」は一部介助、部分介助と全介助の和を求めた。

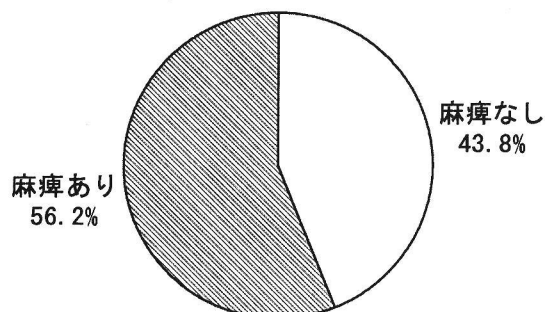
※「介助なし」は動作を自分でできると選択した集計結果である。

※9) 排便コントロール、10) 排尿コントロールは無回答を除いた集計結果である。

(6) 麻痺の状況

対象者の麻痺の状況をみると、「麻痺あり」56.2%、「麻痺なし」43.8%であった（図 2-4-5）。

図 2-4-5 麻痺の状況



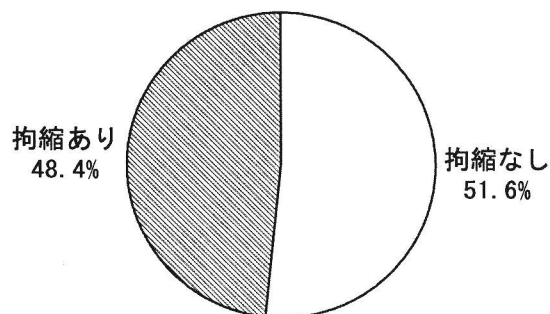
n=219

※無回答を除いた集計結果である。

(7) 拘縮の状況

対象者の拘縮の状況をみると、「拘縮あり」48.4%、「拘縮なし」51.6%であり半数以上は何らかの拘縮がみられた（図 2-4-6）。

図 2-4-6 拘縮の状況



n=219

※無回答を除いた集計結果である。

(8) 褥瘡の状況

対象者の褥瘡の状況をみると、「褥瘡あり」10.4%、「褥瘡なし」89.6%であった。
(表 2-4-2)。

表 2-4-2 褥瘡の状況

	合計	褥瘡あり	褥瘡なし
総計	221	23	198
	100.0	10.4	89.6

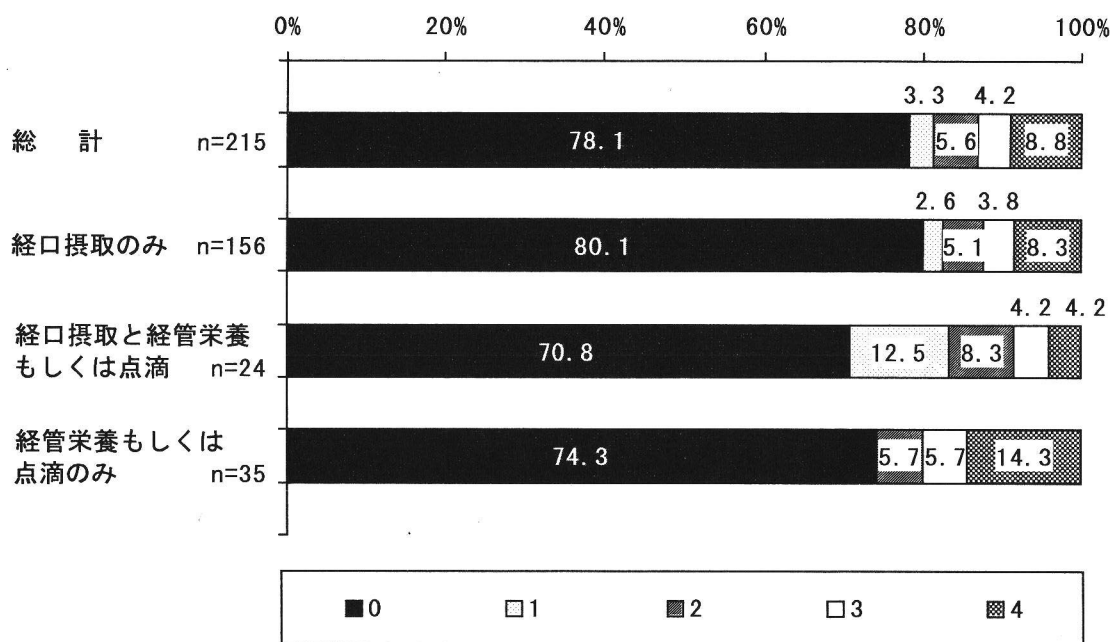
5. 口腔の状況

(1) アイヒナー分類

対象者の口腔内の状況についてアイヒナー分類でみると、T-T（現在歯どうしの咬合がある）は、「0」が78.1%、「4」8.8%であった。

栄養摂取方法別にみると、「0」で「経口摂取のみ」80.1%、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」70.8%、「経管栄養もしくは点滴のみ」74.3%であった（図 2-5-1）。

図 2-5-1 アイヒナー分類 T-T

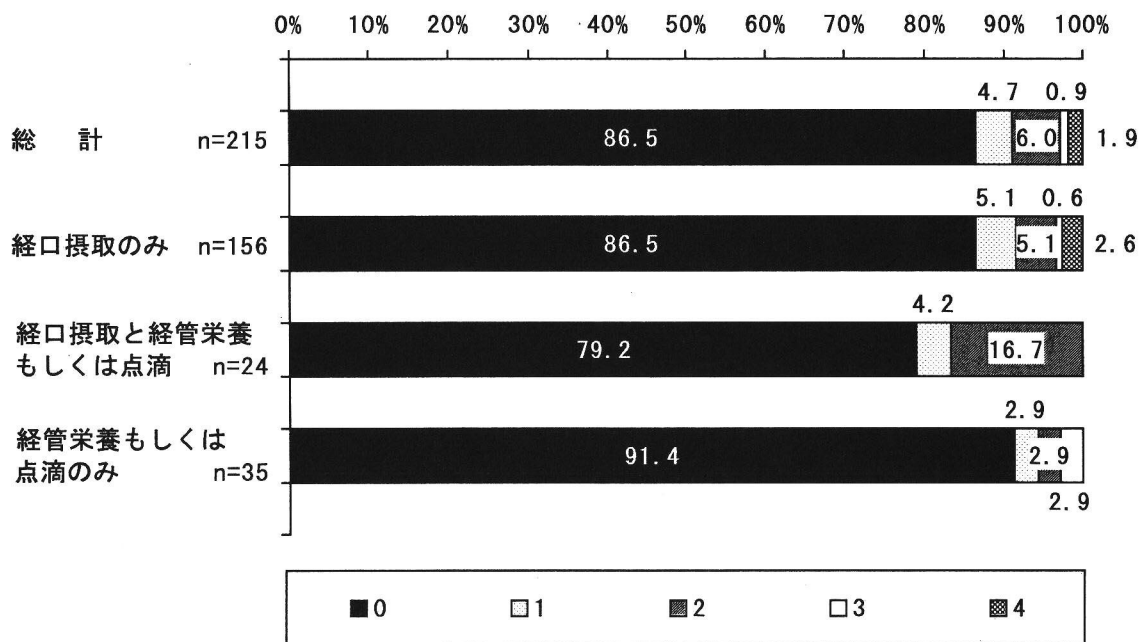


※無回答を除いた集計結果である。

アイヒナー分類 T-D（現在歯と義歯の咬合がある）をみると、「0」が 86.5%、「2」6.0%であった。

栄養摂取方法別にみると、「0」で「経口摂取のみ」86.5%、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」79.2%、「経管栄養もしくは点滴のみ」91.4%であった（図 2-5-2）。

図 2-5-2 アイヒナー分類 T-D

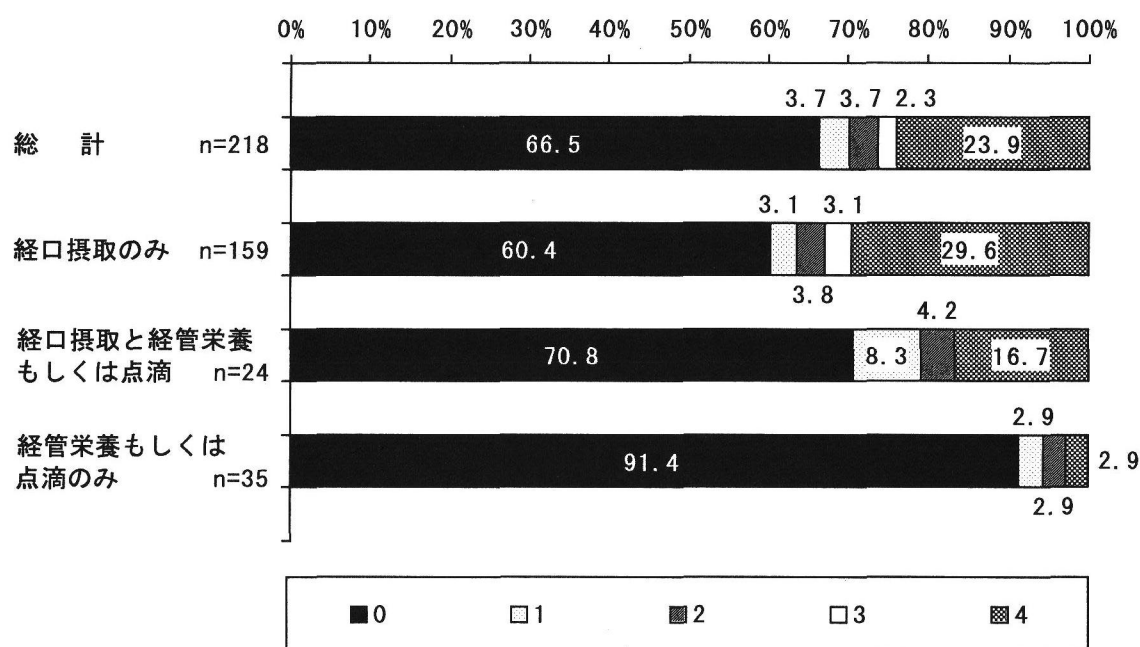


※無回答を除いた集計結果である。

アイヒナー分類 D-D（義歯どうしの咬合がある）をみると、「0」が 66.5%、「4」23.9%であった。

栄養摂取方法別にみると、「0」で「経口摂取のみ」60.4%、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」70.8%、「経管栄養もしくは点滴のみ」91.4%であった（図 2-5-3）。

図 2-5-3 アイヒナー分類 D-D



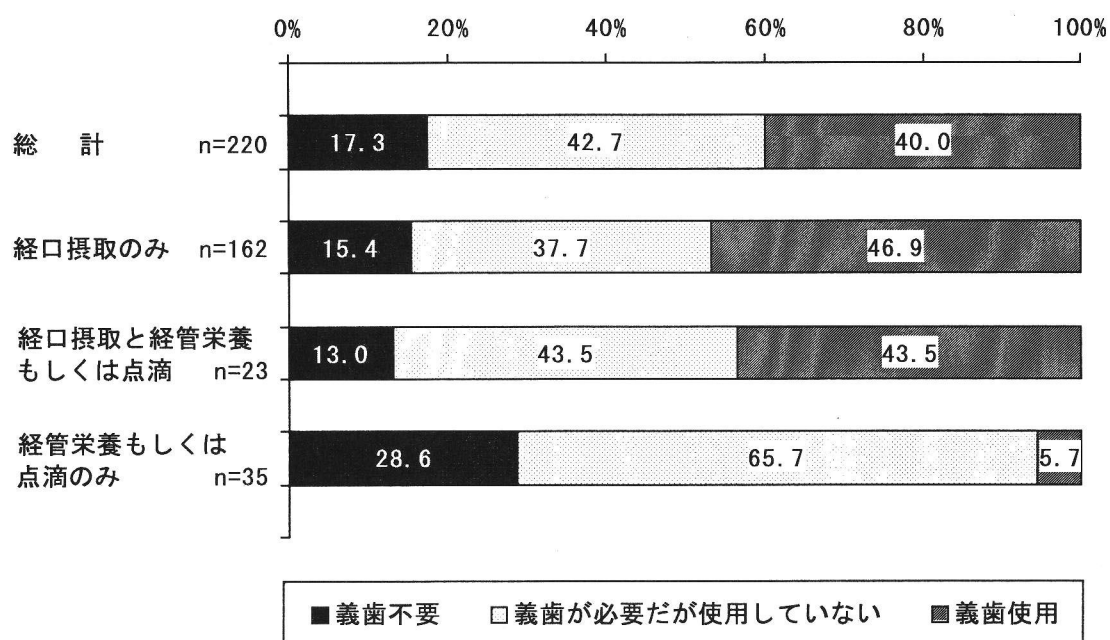
※無回答を除いた集計結果である。

(2) 義歯の状況

対象者の義歯の状況をみると、「義歯が必要だが使用していない」が42.7%、「義歯使用」40.0%、「義歯不要」17.3%であり、義歯調整の必要な対象者が8割を占めた。

栄養摂取の方法別に義歯の状況をみると、「義歯が必要だが使用していない」割合が、「経管栄養もしくは点滴のみ」で65.7%と最も高い割合を示していた（図 2-5-4）。

図 2-5-4 義歯の状況

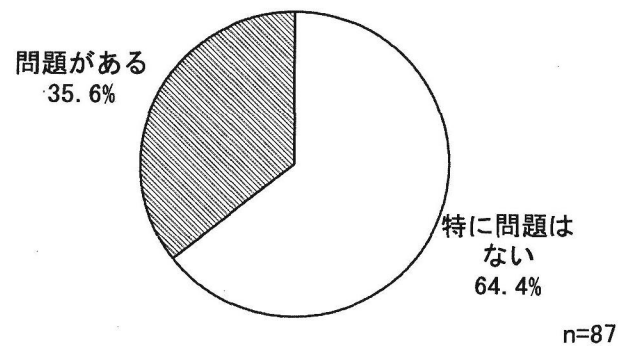


※無回答を除いた集計結果である。

(3) 義歯使用者の状況

義歯使用者を対象に問題の有無をみると、「問題がある」と回答した割合は35.6%であった（図 2-5-5）。

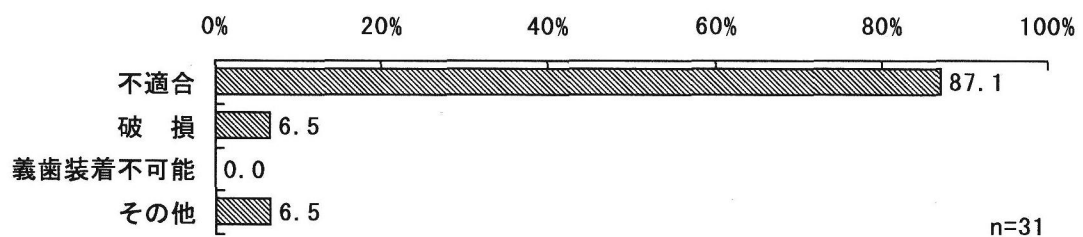
図 2-5-5 義歯使用者の状況



(4) 義歯使用者の問題の内容

義歯使用者の中で義歯に問題があると回答した 31 名について、具体的な問題の内容をみると、「不適合」が 87.1%であった（図 2-5-6）。

図 2-5-6 義歯使用者における問題の内容



(5) 口腔軟組織等の状態

対象者の口腔軟組織等の状態をみると、「特に問題はない」が 86.0%、「問題がある」14.0%であった。

口腔軟組織等の状態について栄養摂取方法別にみると、35名の回答であるが「経管栄養もしくは点滴のみ」において「問題がある」という回答が 20.0%と高い傾向にあった（表 2-5-1）。

表 2-5-1 口腔軟組織等の状態

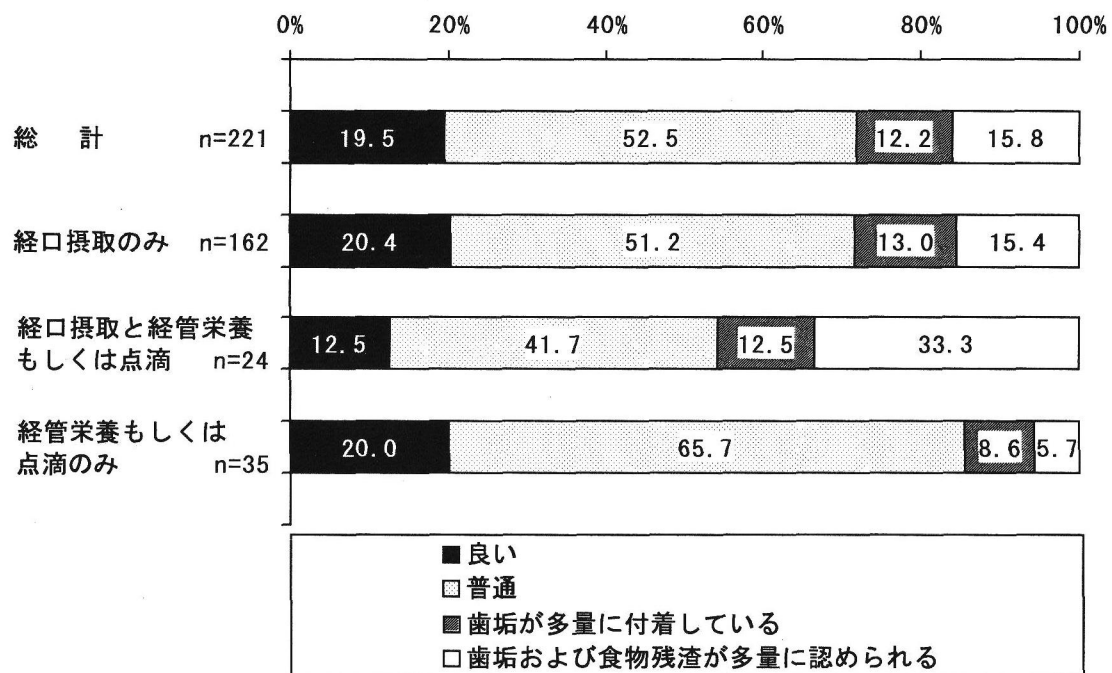
	合計	特に問題 はない	問題が ある
総計	221	190	31
	100.0	86.0	14.0
経口摂取のみ	162	140	22
	100.0	86.4	13.6
経口摂取と経管栄養 もしくは点滴	24	22	2
	100.0	91.7	8.3
経管栄養もしくは 点滴のみ	35	28	7
	100.0	80.0	20.0

(6) 口腔清掃の状況

対象者の口腔清掃の状況をみると、「良い」19.5%、「普通」52.5%、「歯垢が多量に付着している」12.2%、「歯垢および食物残渣が多量に認められる」15.8%であり、口腔清掃に課題がある割合が、約3割にのぼった（「歯垢が多量に付着している」、「歯垢および食物残渣が多量に認められる」の合計）。

口腔清掃の状況について栄養摂取方法別にみると、口腔清掃に課題がある割合は24名の回答であるが、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」において約5割と高い傾向にあった（図 2-5-7）。

図 2-5-7 口腔清掃の状況

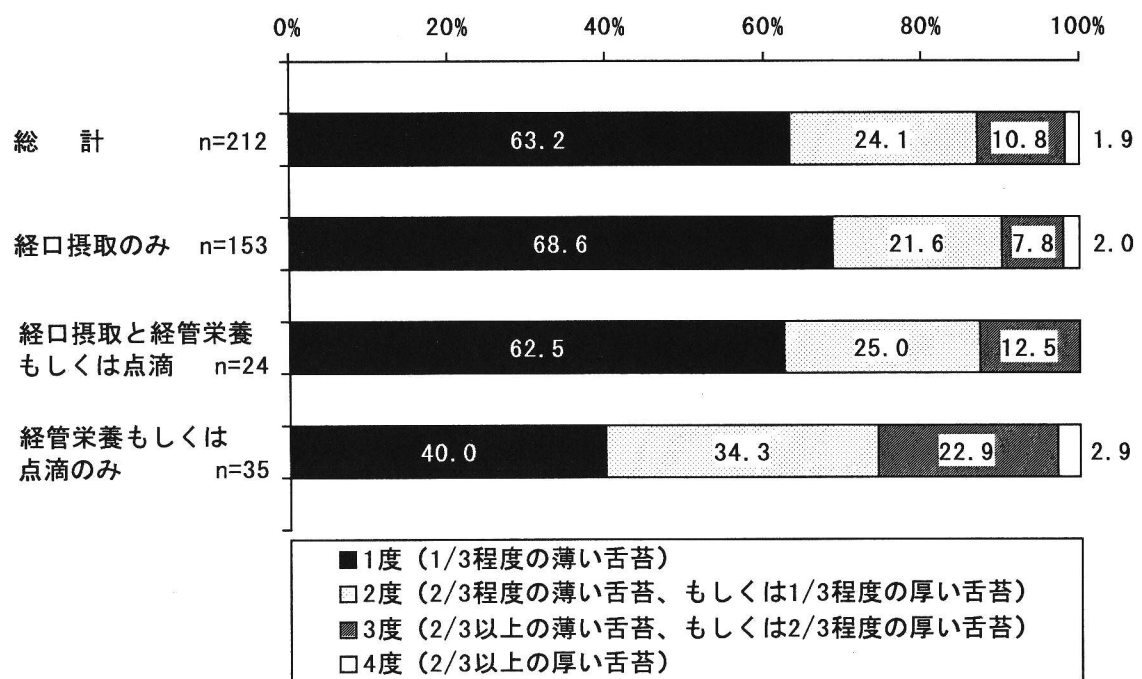


(7) 舌苔量

対象者の舌苔量を見ると、「1度（1/3程度の薄い舌苔）」が63.2%、「2度（2/3程度の薄い舌苔、もしくは1/3程度の厚い舌苔）」24.1%であった。

舌苔量について栄養摂取方法別にみると、3度、4度の合計では、「経管栄養もしくは点滴のみ」で約3割と最も高い傾向にあった（図 2-5-8）。

図 2-5-8 舌苔量



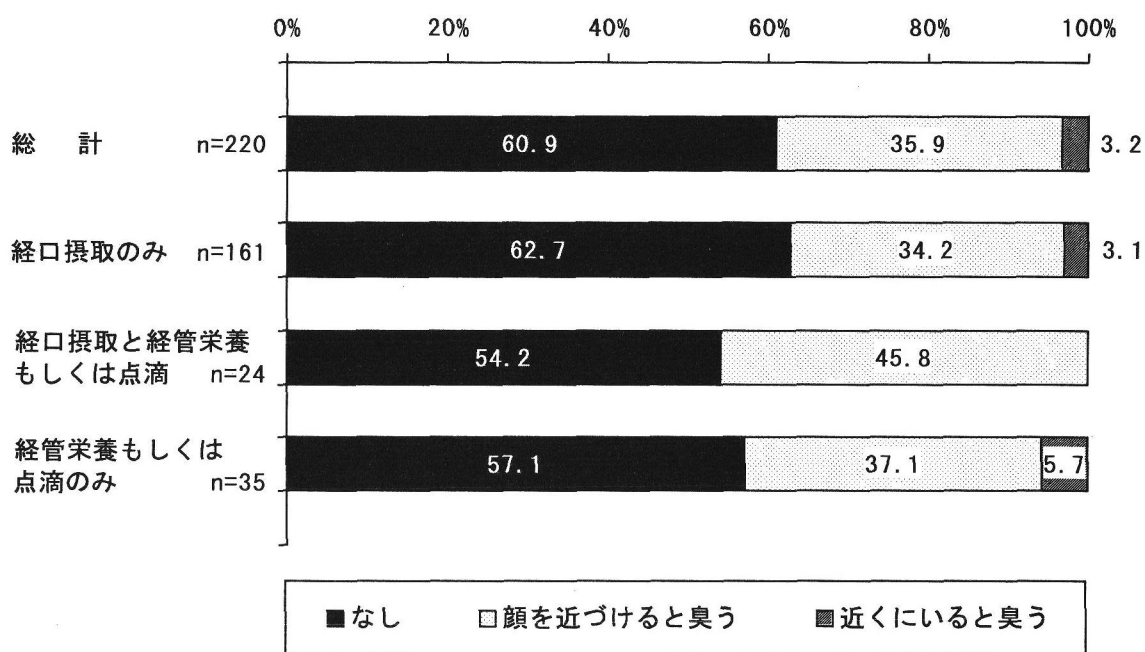
※無回答を除いた集計結果である。

(8) 口臭

対象者の口臭をみると、「なし」が 60.9%、「顔を近づけると臭う」35.9%であった。

口臭の状況について栄養摂取方法別にみると、「顔を近づけると臭う」、「近くにいると臭う」の合計が、35名の回答であるが「経管栄養もしくは点滴のみ」において4割と高い傾向にあった（図 2-5-9）。

図 2-5-9 口臭



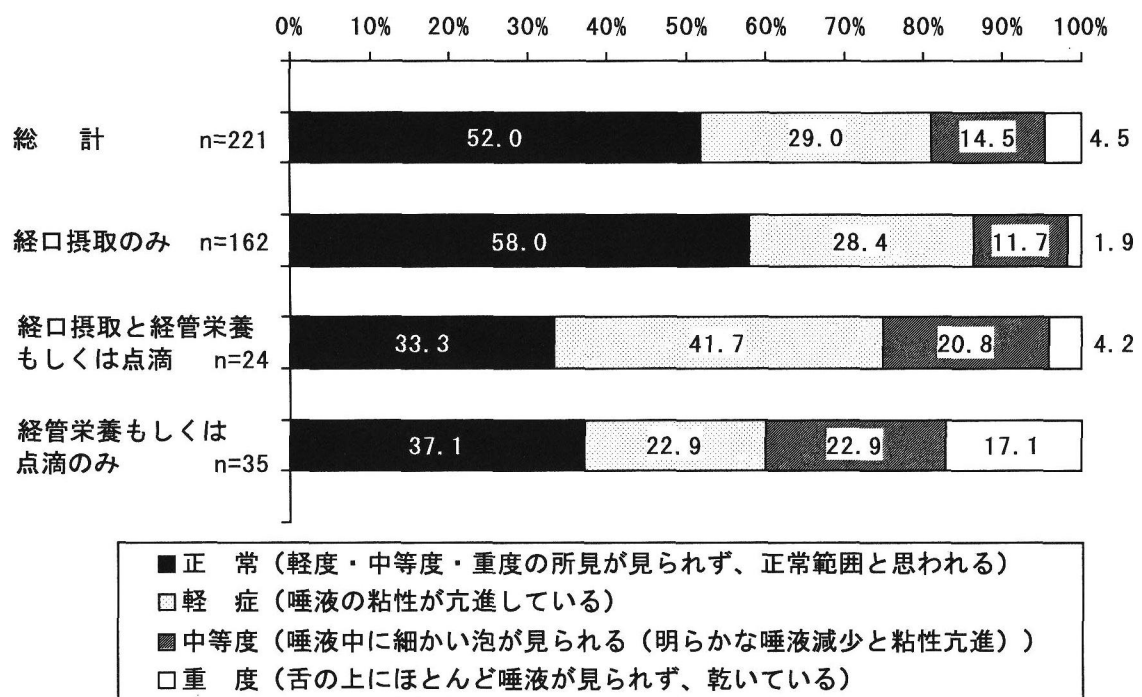
※無回答を除いた集計結果である。

(9) 唾液湿潤度

対象者の唾液湿潤度をみると、「正常（軽度・中等度・重度の所見が見られず、正常範囲と思われる）」が52.0%、「軽症（唾液の粘性が亢進している）」29.0%であった。

唾液湿潤度について栄養摂取方法別にみると、「中等度」、「重度」の合計が35名の回答であるが「経管栄養もしくは点滴のみ」において約4割と最も高い傾向にあった（図 2-5-10）。

図 2-5-10 唾液湿潤度

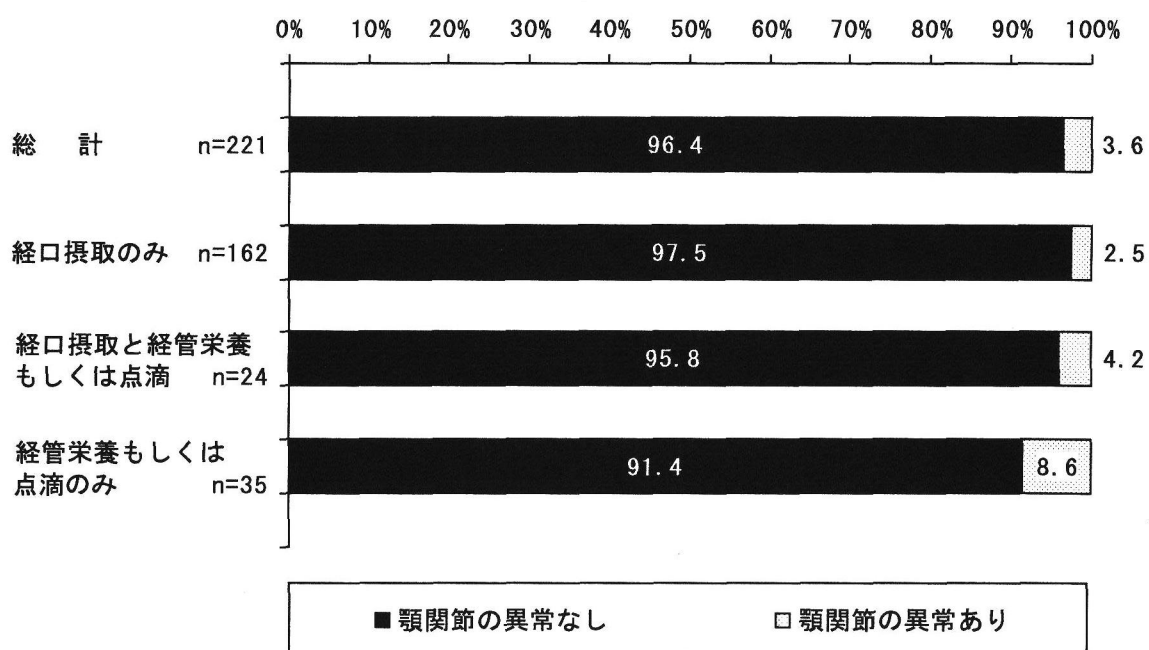


(10) 顎関節の異常

対象者の顎関節の異常についてみると、「顎関節の異常なし」が96.4%を占めた。

顎関節の異常について栄養摂取方法別にみると、35名の回答であるが、「経管栄養もしくは点滴のみ」において「顎関節の異常あり」が約1割みられた（図 2-5-11）。

図 2-5-11 顎関節の異常

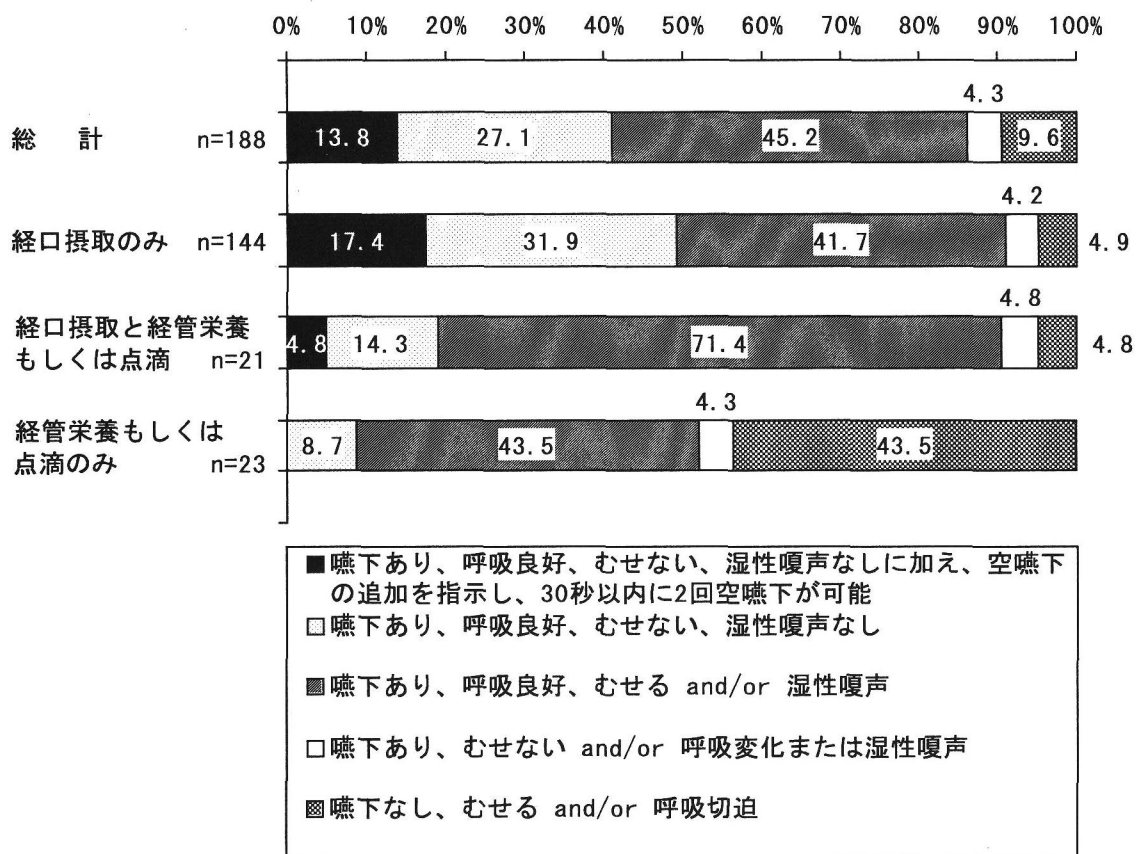


(11) 咀嚼、嚥下の状況

対象者の咀嚼、嚥下の状況について改訂水飲みテストの結果をみると、「嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嚔声なしに加え、空嚥下の追加を指示し、30秒以内に2回空嚥下が可能」が13.8%、「嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嚔声なし」27.1%、「嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嚔声」45.2%、「嚥下あり、むせない and/or 呼吸変化または湿性嚔声」4.3%、「嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫」9.6%であった。

咀嚼、嚥下の状況について栄養摂取方法別にみると、23名の回答であるが「経管栄養もしくは点滴のみ」において「嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫」の割合が4割と最も高い傾向を示した（図 2-5-12）。

図 2-5-12 咀嚼、嚥下の状況



※無回答を除いた集計結果である。

(12) 摂食、嚥下の状況

対象者の摂食、嚥下の状況を「摂食嚥下障害問診票」の個別質問についてみると、障害がある（「繰り返す」、「明らかに」、「よくある」、「たいへん」に該当）割合が高い設問は、「⑨硬いものが食べにくくなりましたか」が40.7%、「⑩口から食べ物がこぼれることがありますか」26.4%、「⑧食べるのが遅くなりましたか」、「⑪口の中に食べ物が残ることがありますか」がそれぞれ23.1%、「⑤お茶を飲むときにむせることがありますか」22.6%であった（表 2-5-2）。

対象者の摂食、嚥下の状況を「摂食嚥下障害問診票」でみると、「6～10 点」が23.1%、「11～15 点」19.9%、「1～5 点」19.5%であった。なお、平均値は13.33点、中央値は12.00点であった。

摂食、嚥下の状況について栄養摂取方法別にみると、回答数に偏りがあるが「経管栄養もしくは点滴のみ」が平均値23.77点と最も高い傾向にあった（表 2-5-3）。

表 2-5-2 摂食嚥下障害問診票

	合計	繰り返す 明らかに よくある たいへん	一度だけ わずかに ときどき	なし	判定不能
①肺炎と診断されたことがありますか	221	34	36	137	14
	100.0	15.4	16.3	62.0	6.3
②やせてきましたか	221	37	49	121	14
	100.0	16.7	22.2	54.8	6.3
③飲み込みにくいと感じることがありますか	221	43	60	76	42
	100.0	19.5	27.1	34.4	19.0
④食事中にむせることがありますか	221	38	94	59	30
	100.0	17.2	42.5	26.7	13.6
⑤お茶を飲むときにむせることがありますか	221	50	75	61	35
	100.0	22.6	33.9	27.6	15.8
⑥食事中や食後、それ以外の時にのどがゴロゴロすることがありますか	220	33	51	114	22
	100.0	15.0	23.2	51.8	10.0
⑦のどに食べ物が残る感じがありますか	221	21	30	109	61
	100.0	9.5	13.6	49.3	27.6
⑧食べるのが遅くなりましたか	221	51	45	91	34
	100.0	23.1	20.4	41.2	15.4
⑨硬いものが食べにくくなりましたか	221	90	48	35	48
	100.0	40.7	21.7	15.8	21.7
⑩口から食べ物がこぼれることがありますか	220	58	52	79	31
	100.0	26.4	23.6	35.9	14.1
⑪口の中に食べ物が残ることがありますか	221	51	65	74	31
	100.0	23.1	29.4	33.5	14.0
⑫食物やすっぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか	221	4	15	131	71
	100.0	1.8	6.8	59.3	32.1
⑬胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じがありますか	221	4	22	116	79
	100.0	1.8	10.0	52.5	35.7
⑭夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか	221	10	28	153	30
	100.0	4.5	12.7	69.2	13.6
⑮声がかすれてきましたか（がらがら声、かすれ声など）	221	16	42	128	35
	100.0	7.2	19.0	57.9	15.8

※⑥食事中や食後、それ以外の時にのどがゴロゴロすることがありますか、⑩口から食べ物がこぼれることがありますかは無回答を除いた集計結果である。

表 2-5-3 摂食嚥下障害問診票（点数別）

	合計	0 点	1～5 点	6～10 点	11～ 15 点	16～ 20 点	21～ 25 点	26～ 30 点
総計	221	2	43	51	44	30	23	28
	100.0	0.9	19.5	23.1	19.9	13.6	10.4	12.7
経口摂取のみ	162	2	40	48	35	20	10	7
	100.0	1.2	24.7	29.6	21.6	12.3	6.2	4.3
経口摂取と経管栄養 もしくは点滴	24	0	1	2	8	7	5	1
	100.0	0.0	4.2	8.3	33.3	29.2	20.8	4.2
経管栄養もしくは 点滴のみ	35	0	2	1	1	3	8	20
	100.0	0.0	5.7	2.9	2.9	8.6	22.9	57.1

	平均値	中央値
総計	13.33	12.00
経口摂取のみ	10.67	10.00
経口摂取と経管栄養 もしくは点滴	16.08	16.00
経管栄養もしくは 点滴のみ	23.77	26.00

※点数化の集計方法は、「1.繰り返す、明らかに、よくある、たいへん」を2点、「2.一度だけ、わずかに、ときどき」を1点、「3.なし」を0点、「4.判定不能」を2点としてその和を求めた（最高点は30点）。

(13) 嚥下障害グレードの評価

対象者の嚥下障害グレードの評価をみると、「重度（経口不可）」14.9%、「中等度（経口と補助栄養）」10.9%、「軽症（経口）」が66.5%、「正常」7.7%であった。

嚥下障害グレードの評価について栄養摂取方法別にみると、35名の回答であるが「経管栄養もしくは点滴のみ」の「重度（経口不可）」が82.9%と最も高い傾向にあった（表 2-5-4）。

表 2-5-4 嚥下障害グレードの評価

	合計	重度	中等度	軽症	正常
総計	221	33	24	147	17
	100.0	14.9	10.9	66.5	7.7
経口摂取のみ	162	1	10	134	17
	100.0	0.6	6.2	82.7	10.5
経口摂取と経管栄養 もしくは点滴	24	3	8	13	0
	100.0	12.5	33.3	54.2	0.0
経管栄養もしくは 点滴のみ	35	29	6	0	0
	100.0	82.9	17.1	0.0	0.0

※重度は、「1. 嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし」、「2. 基礎的嚥下訓練の適応あり」、「3. 条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能」の選択肢の和である。

※中等度は、「4. 楽しみとしての摂食は可能」、「5. 一部（1～2食）経口摂取」、「6. 3食経口摂取＋補助栄養」の選択肢の和である。

※軽症は、「7. 嚥下食で、3食ともに経口摂取」、「8. 特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取」、「9. 常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を要する」の選択肢の和である。

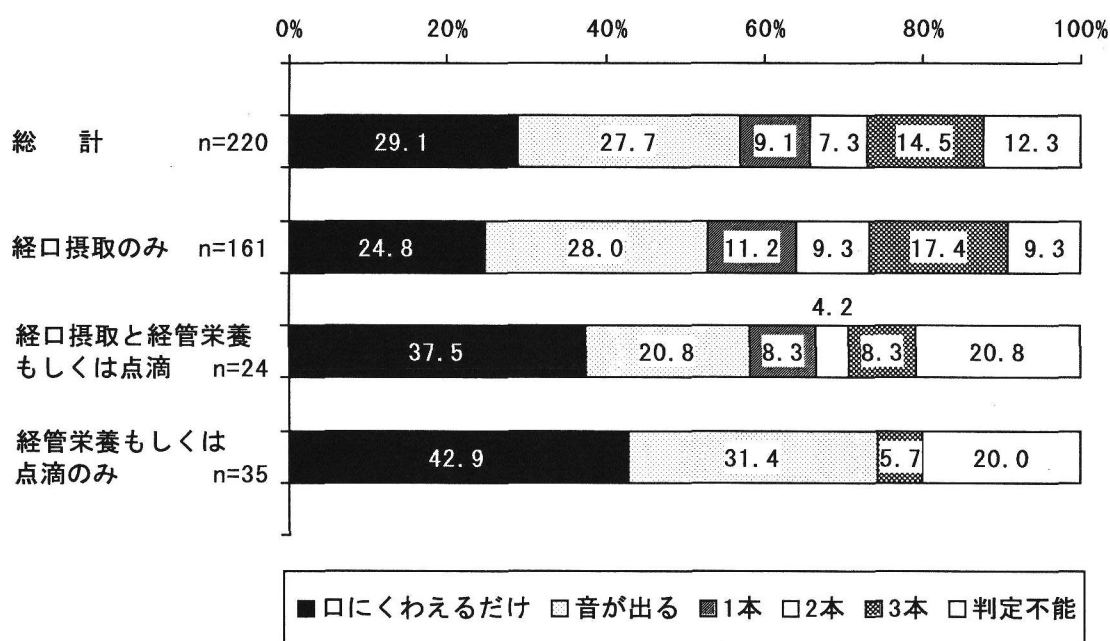
※正常の選択肢は「10. 正常の摂食嚥下能力」である。

(14) 巻き鳥テスト

対象者に巻き鳥テストを行ったところ、「口にくわえるだけ」が 29.1%、「音が出る」27.7%、「1本」9.1%、「2本」7.3%、「3本」14.5%、「判定不能」12.3%であった。

巻き鳥テストの結果について栄養摂取方法別にみると、「口にくわえるだけ」の割合が、「経管栄養もしくは点滴のみ」（回答数 35 名）、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」（回答数 24 名）においてそれぞれ約 4 割と高い傾向にあった。また、「判定不能」についてもそれぞれ 2 割であり「経口摂取のみ」と比較して高い傾向にあった（図 2-5-13）。

図 2-5-13 巻き鳥テスト



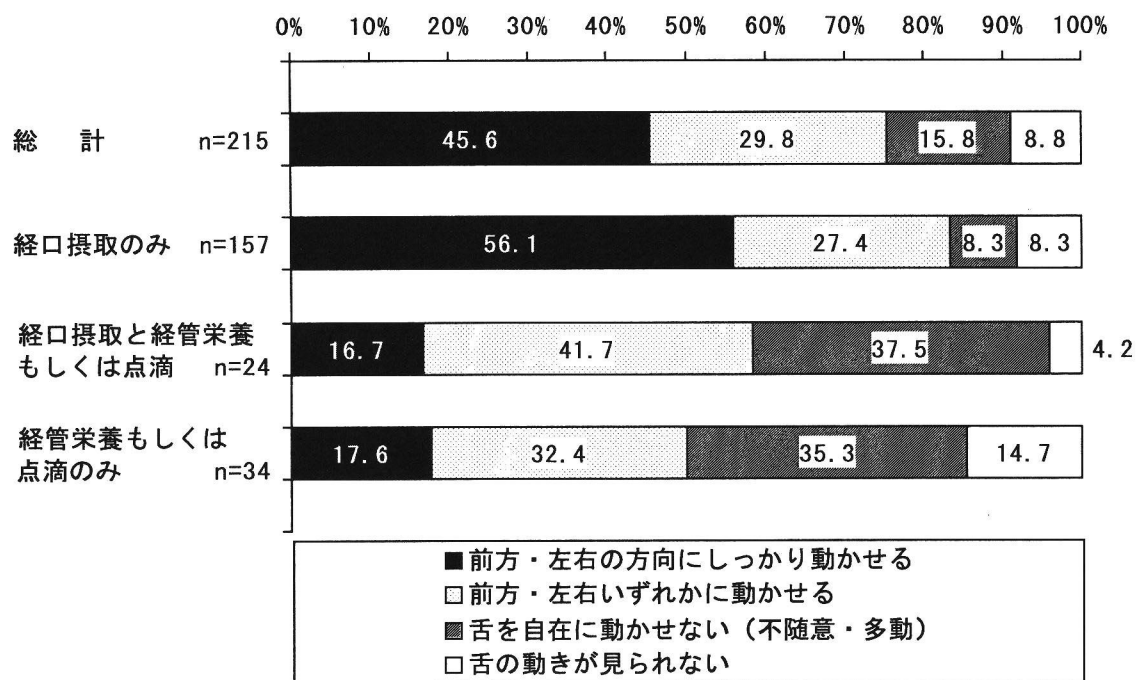
※無回答を除いた集計結果である。

(15) 舌運動

対象者の舌運動の状況をみると、「前方・左右の方向にしっかり動かせる」が45.6%、「前方・左右いずれかに動かせる」29.8%、「舌を自在に動かせない（不随意・多動）」15.8%、「舌の動きが見られない」8.8%であった。

舌運動について栄養摂取方法別にみると、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」（回答数24名）、「経管栄養もしくは点滴のみ」（回答数34名）では、「前方・左右の方向にしっかり動かせる」割合が約17%ずつと「経口摂取のみ」（56.1%）と比較して割合が低い傾向にあった。（図 2-5-14）。

図 2-5-14 舌運動



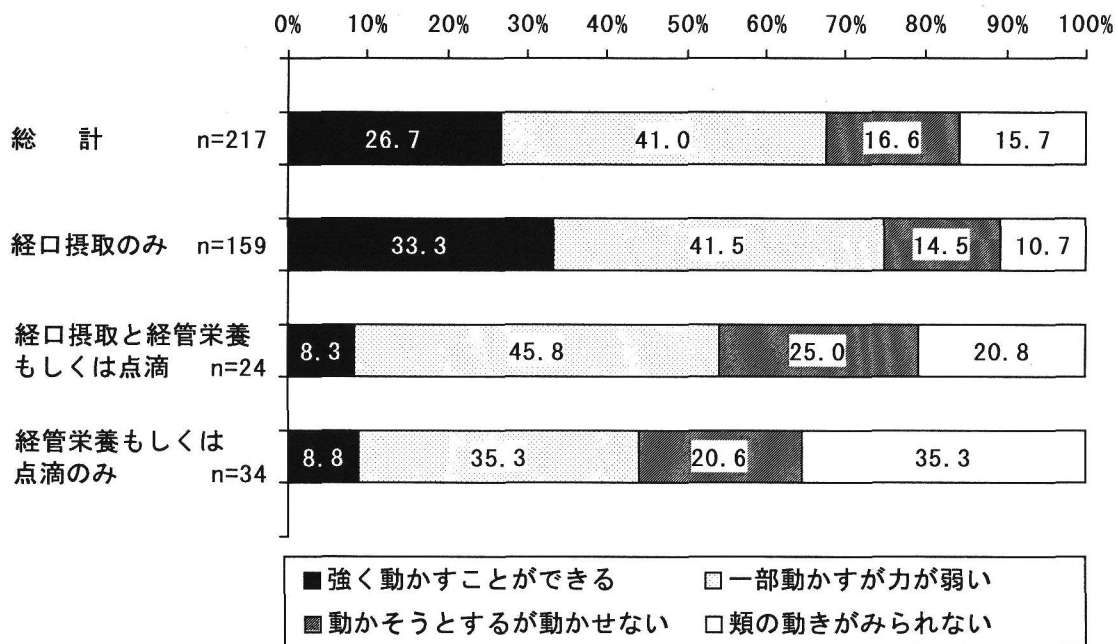
※無回答を除いた集計結果である。

(16) 頬運動

対象者の頬運動をみると、「強く動かすことができる」26.7%、「一部動かすが力が弱い」が41.0%、「動かそうとするが動かせない」16.6%、「頬の動きがみられない」15.7%であった。

頬の動きについて栄養摂取方法別にみると、「動かそうとするが動かせない」、「頬の動きがみられない」の合計が、「経口摂取のみ」では約3割であるのに対し、「経管栄養もしくは点滴のみ」は約6割を占めていた（図 2-5-15）。

図 2-5-15 頬運動



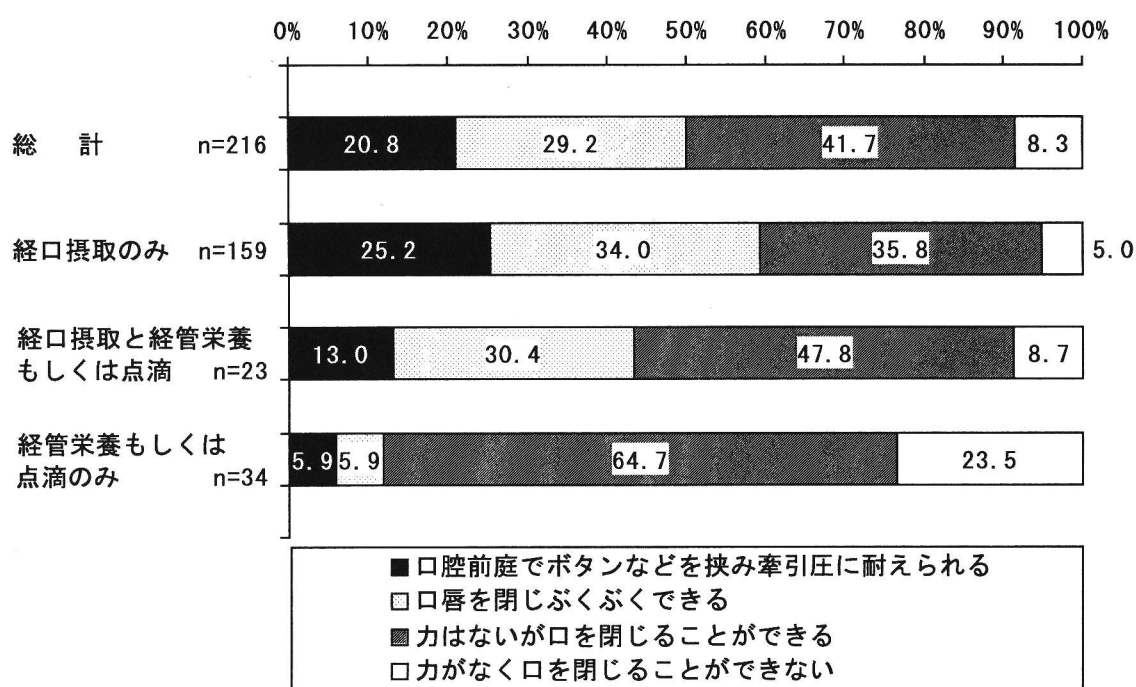
※無回答を除いた集計結果である。

(17)口唇運動

対象者の口唇運動についてみると、「口腔前庭でボタンなどを挟み牽引圧に耐えられる」が20.8%、「口唇を閉じぶくぶくできる」29.2%、「力はないが口を閉じることができる」41.7%、「力がなく口を閉じることができない」8.3%であった。

口唇運動について栄養摂取方法別にみると、「力はないが口を閉じることができる」、「力がなく口を閉じることができない」の合計が、「経口摂取のみ」において約4割であるのに対し、「経管栄養もしくは点滴のみ」では約9割を占めた（図 2-5-16）。

図 2-5-16 口唇運動



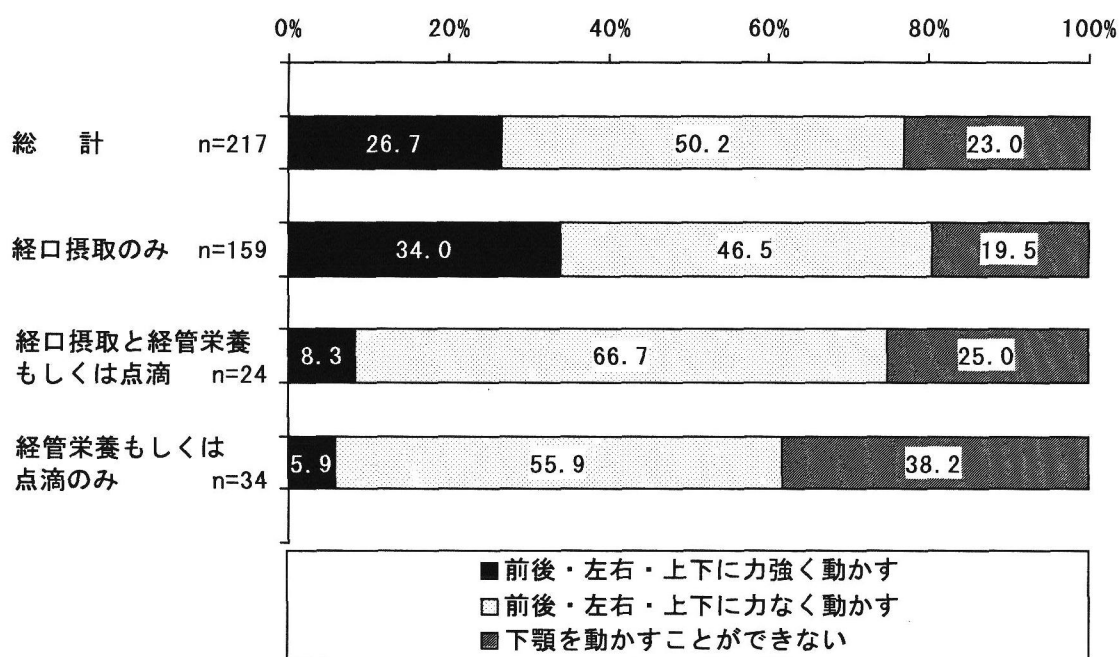
※無回答を除いた集計結果である。

(18) 下顎運動

対象者の下顎運動をみると、「前後・左右・上下に力強く動かす」が26.7%、「前後・左右・上下に力なく動かす」50.2%、「下顎を動かすことができない」23.0%であった。

下顎運動について栄養摂取方法別にみると、「下顎を動かすことができない」割合が「経口摂取のみ」では19.5%であるのに対し、「経管栄養もしくは点滴のみ」では38.2%を占めた（図 2-5-17）。

図 2-5-17 下顎運動



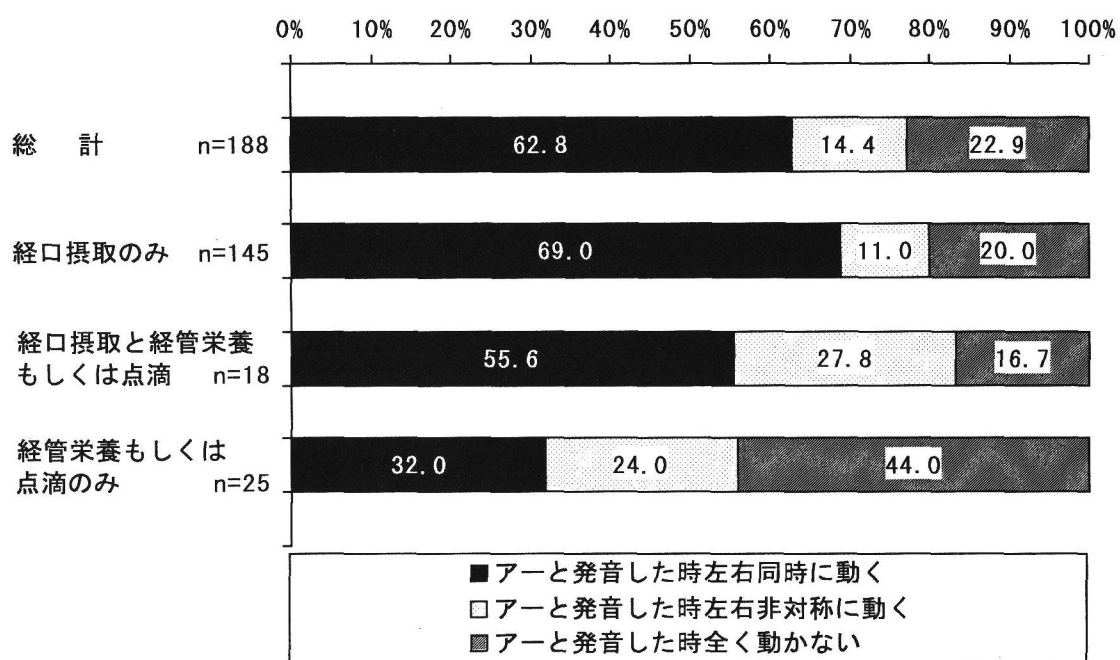
※無回答を除いた集計結果である。

(19) 軟口蓋運動

対象者の軟口蓋運動についてみると、「アーと発音した時左右同時に動く」が62.8%、「アーと発音した時左右非対称に動く」14.4%、「アーと発音した時全く動かない」22.9%であった。

軟口蓋運動について栄養摂取方法別にみると、「アーと発音した時全く動かない」が「経口摂取のみ」では20.0%であるのに対し、「経管栄養もしくは点滴のみ」は44.0%であった（図 2-5-18）。

図 2-5-18 軟口蓋運動



※無回答を除いた集計結果である。

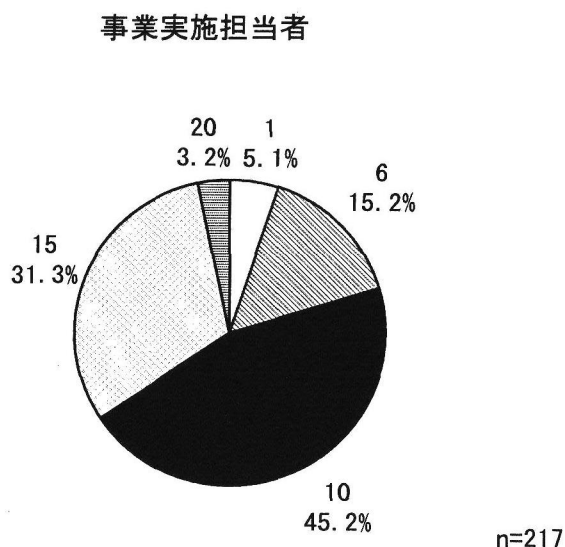
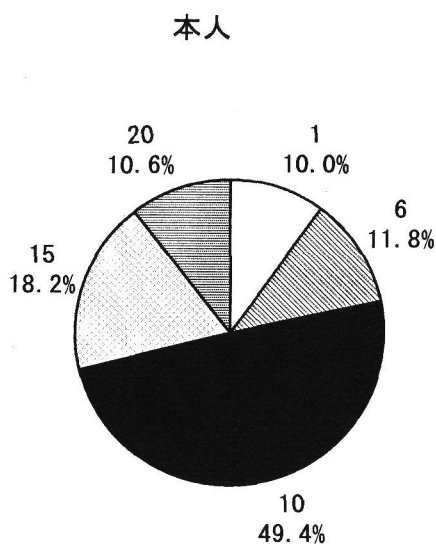
(20) 健康状態の主観的評価(フェイススケール)

対象者の主観的健康状態の評価をフェイススケールにより本人、事業実施担当者別に行った。本人では、5段階評価の中間を表す「10」が49.4%、「15」18.2%、「6」11.8%、「20」10.6%、「1」10.0%であった(図 2-5-19)。

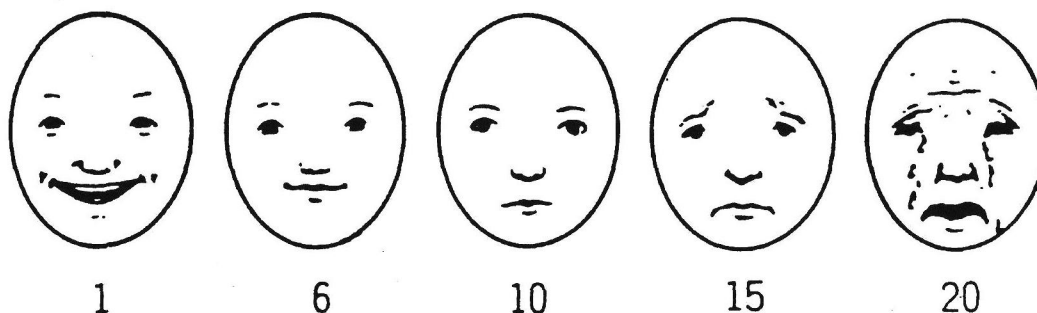
一方、事業実施担当者による評価結果をみると、「10」が45.2%、「15」31.3%、「6」15.2%、「1」5.1%、「20」3.2%であった(図 2-5-20)。

図 2-5-19 現在の健康状態の表情

図 2-5-20 現在の健康状態の表情



※本人、事業実施担当者とも無回答を除いた集計結果である。



6. 口腔機能リハビリテーションの実施状況

(1) 口腔機能リハビリテーションの実施状況

対象者の口腔機能リハビリテーションの実施状況をみると、「実施している」45.1%、「実施していない」54.9%であった。

当該施設等の歯科医師、歯科衛生士の在籍状況別に対象者への口腔機能リハビリテーションの実施の有無をみると、「歯科医師、歯科衛生士ともに在籍していない」施設等では経口摂取障害のある対象者に対し口腔機能リハビリテーションを「実施している」割合が35.4%、「実施していない」64.6%と実施していない割合が高い傾向にあった（表 2-6-1）。

表 2-6-1 口腔機能リハビリテーションの実施

	合計	実施して いる	実施して いない
総計	215	97	118
	100.0	45.1	54.9
歯科医師と歯科衛生士の両方が 在籍している	99	50	49
	100.0	50.5	49.5
歯科衛生士のみ在籍している	33	17	16
	100.0	51.5	48.5
歯科医師、歯科衛生士ともに在籍 していない	82	29	53
	100.0	35.4	64.6

※無回答を除いた集計結果である。

(2) NST(栄養サポートチーム)等の有無

対象者の入院・入所もしくは在宅サービスを提供している機関等に NST (栄養サポートチーム) 等の栄養状態に関する検討を行う組織 (以下、NST 等の有無) があるか否かをみると、「あり」44.5%、「なし」55.5%であった。

また、NST 等の有無別に「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」により栄養摂取を行っている対象者の摂食嚥下問診票の点数 (中央値) を比較すると、NST 等がある施設・在宅サービス提供機関は中央値が 19.00 であるのに対し、NST 等がない機関では 13.00 と、NST 等がある機関の方が経口摂取障害のより重い対象者において経口摂取と経管栄養・点滴を組み合わせた栄養摂取方法が実践されている傾向にあった (表 2-6-2)。

表 2-6-2 NST (栄養サポートチーム) 等の有無と摂食嚥下問診票の点数

NST (栄養サポートチーム) 等の有無：あり			
	合計	平均値	中央値
総計	93	13.38	12.00
経口摂取のみ	64	10.14	9.00
経口摂取と経管栄養 もしくは点滴	13	17.08	19.00
経管栄養もしくは 点滴のみ	16	23.31	24.50

NST (栄養サポートチーム) 等の有無：なし			
	合計	平均値	中央値
総計	116	13.87	12.00
経口摂取のみ	87	11.68	11.00
経口摂取と経管栄養 もしくは点滴	11	14.91	13.00
経管栄養もしくは 点滴のみ	18	23.83	27.00

※点数化の集計方法は、「1. 繰り返す、明らかに、よくある、たいへん」を 2 点、「2. 一度だけ、わずかに、ときどき」を 1 点、「3. なし」を 0 点、「4. 判定不能」を 2 点としてその和を求めた (最高点は 30 点)。

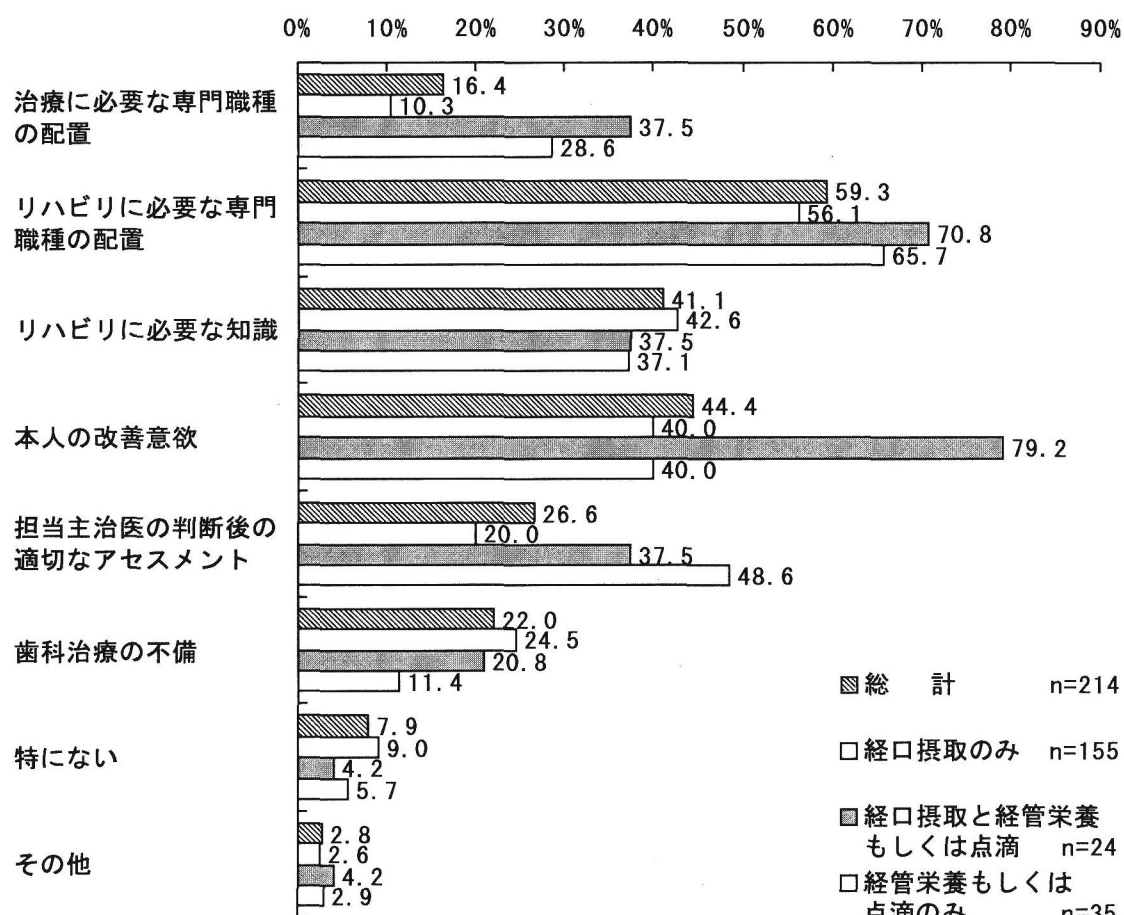
※無回答を除いた集計結果である。

(3) 食形態・経管の改善に向けて取り組むべき事項

対象者の食形態・経管の改善に向けて取り組むべき事項をみると、「リハビリに必要な専門職種の配置」が59.3%、「本人の改善意欲」44.4%、「リハビリに必要な知識」41.1%であった。

この点について栄養摂取方法別にみると、回答数は24名であるが「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」において「本人の改善意欲」の割合が約8割と高い傾向にあった。また、回答数35名であるが「経管栄養もしくは点滴のみ」では「担当主治医の判断後の適切なアセスメント」が約5割を占め高い傾向にあった（図 2-6-1）。

図 2-6-1 食形態・経管の改善に向けて必要な事項（複数回答）



※無回答を除いた集計結果である。

7. 介護者の状況

(1) 同居の有無(在宅高齢者のみ)

在宅療養者について介護者の同居の有無をみると、「同居」が 94.3%、「別居」5.7%であった。

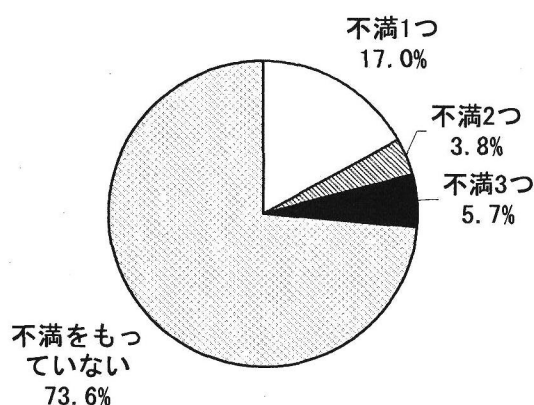
(2) 介護の継続の可否等

在宅療養者について介護の継続の可否についてみると、「介護者は介護を続けることができない(たとえば、健康状態が悪くなったために介護を続けられない)」が 9.4%、「主たる介護者は家族(他の子どもなど)や友人から得ている支援に満足していない」13.2%、「主たる介護者は介護しなければならないことに対して、ストレスや怒り、憂うつな気分を表している」18.9%であった。一方、「いずれの問題もない」という回答が 73.6%を占めた(表 2-7-1)。

表 2-7-1 介護の継続の可否等(複数回答)

	合計	介護者は介護を続けることができない (たとえば、健康状態が悪くなったために介護を続けられない)	主たる介護者は家族(他の子どもなど)や友人から得ている支援に満足していない	主たる介護者は介護しなければならないことに対して、ストレスや怒り、憂うつな気分を表している	上記のいずれでもない
在宅	53	5	7	10	39
	100.0	9.4	13.2	18.9	73.6

図 2-7-1 介護の不満の状況



n=53

第3章

「生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリモデル事業」の結果

1. 分析の前提条件

(1) 回収数

「生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリモデル事業」を対象期間中継続した対象者数は、99名（25施設）であった。以下に示した調査結果は99名を対象に分析を行ったものである。

(2) 分析の視点

モデル事業を実施した99名（25施設）を対象に、「経口摂取障害者の実態調査」の評価項目について介入前、後の状態変化について分析を行った（表 3-1-1）。

表 3-1-1 分析の視点

視点	調査票種類	分析方法
①目標設定の状況と達成度	i. 目標設定と実施経過記録表	1ヶ月毎に設定した目標の内容を分析するとともに、その達成度を本人もしくは家族等と専門職種別に評価した結果を分析する。
②栄養摂取状況の変化に関する分析	i. 目標設定と実施経過記録表	モデル事業の開始時点と終了時点で、リハビリテーション時に用いた主食・副食の食形態を比較する。
	ii. 事前、事後評価票	モデル事業の開始時点と終了時点で、必要エネルギー量に対する摂取エネルギー量の割合を比較する。
③全身状態の変化に関する分析	事前、事後評価票	モデル事業の開始時点と終了時点で、血液検査結果や発熱日数等を比較する。
④口腔機能等の変化に関する分析	事前、事後評価票	モデル事業の開始時点と終了時点で、口腔機能等の変化について分析する。
⑤生活自立度の変化に関する分析	事前、事後評価票	モデル事業の開始時点と終了時点間の生活自立度の変化について分析する。
⑥主観的健康状態の変化に関する分析	事前、事後評価票	モデル事業の開始時点と終了時点間の主観的健康状態の変化について分析する。

注：事前調査票＝「経口摂取障害者の実態調査」調査票

2. 目標設定の状況と達成度

(1) 目標設定の状況

目標は、モデル事業実施期間中に1ヶ月おきに1回、計3回設定・評価するものとした。1回あたりに3種類の目標を設定できるものとし、目標ごとに「本人もしくは家族等」、「専門職種」がそれぞれ達成度を評価した。

設定された目標についてその内容を整理すると以下の5種類にまとめることができた(表 3-2-1)。

栄養摂取方法別に設定された目標の種類を分析すると、以下の通りであった(表 3-2-2)。

表 3-2-1 目標設定のカテゴリ

1 口腔機能改善・口腔ケア・口腔機能リハビリを対象とした目標	
1-1 口腔部位の機能改善に関する目標	(例) 上下口唇の閉鎖ができる 唾液の量を増加させる
1-2 口腔ケアの実施・定着に関する目標	(例) 口腔内の保清 口腔ケアの習慣をつける
1-3 口腔機能リハの実施・定着に関する目標	(例) 介助して嚥下体操を行う 巻き舌が2本出せるようになる
2 食生活の改善を対象とした目標	
2-1 食形態の改善に関する目標	(例) 嚥下訓練食を摂取できる 好き嫌いなく全量食べられるようになる
2-2 食事環境(姿勢、介助、時間)に関する目標	(例) 食事時間の短縮 座位での経口摂取が可能になる
3 食事以外の日常生活を対象とした目標	
3-1 覚醒・休養・睡眠に関する目標	(例) 意識・意欲を強く持つようにする 昼間の覚醒状態を維持させる
3-2 日常動作や運動に関する目標	(例) 車いすで外出できるようになる 自立して更衣・整容ができる
4 円滑なコミュニケーションを対象とした目標	
4-1 発音・発語の改善に関する目標	(例) 大きな声ではっきり話す 五十音が全て言える
4-2 意思疎通の改善に関する目標	(例) 家族とのコミュニケーションがとれる 表情に明るさが出てくる
5 身体状況(口腔部位を除く)の改善に関する目標	
(例) 体重の増加、誤嚥性肺炎の防止	

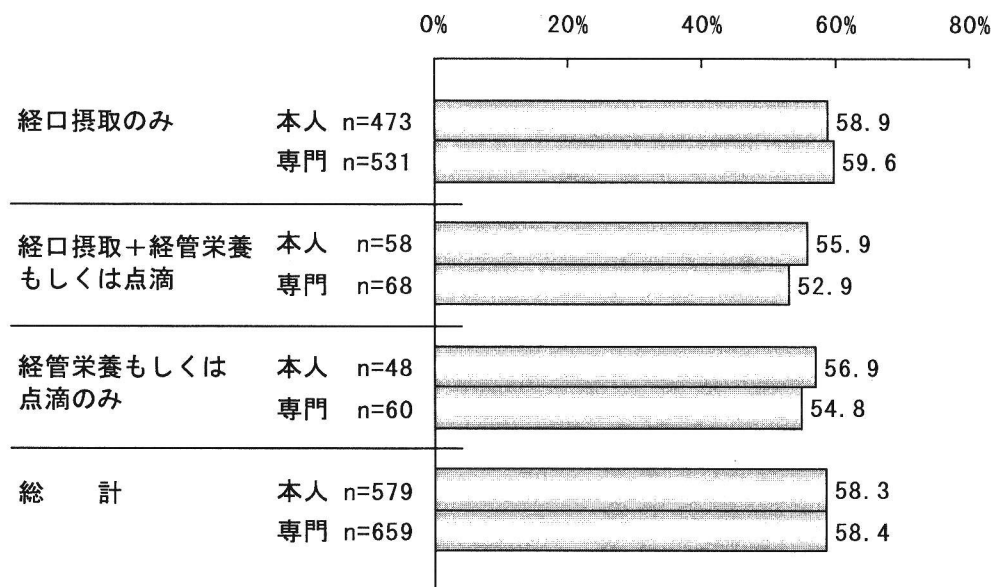
表 3-2-2 目標設定カテゴリの分布

栄養摂取方法	目標のカテゴリ	割合
経口摂取のみ	1-2 口腔ケアの実施・定着に関する目標	22.5%
	2-1 食形態の改善に関する目標	19.2%
	1-1 口腔部位の機能改善に関する目標	15.0%
経口摂取+経管栄養もしくは点滴	1-2 口腔ケアの実施・定着に関する目標	22.8%
	2-1 食形態の改善に関する目標	19.0%
	1-1 口腔部位の機能改善に関する目標	11.4%
経管栄養もしくは点滴のみ	2-1 食形態の改善に関する目標	21.3%
	1-2 口腔ケアの実施・定着に関する目標	17.3%
	2-2 食事環境（姿勢、介助、時間）に関する目標	9.3%
	3-2 日常動作や運動に関する目標	9.3%
総 計	1-2 口腔ケアの実施・定着に関する目標	22.0%
	2-1 食形態の改善に関する目標	19.4%
	1-1 口腔部位の機能改善に関する目標	13.9%

(2) 目標達成度

総計でみると、本人又はその家族の達成度は 58.3%であり、専門職種による達成度は 58.4%であった（図 3-2-1）。

図 3-2-1 目標達成度



3. 栄養摂取状況の変化に関する分析

(1) 食形態の変化

「経口摂取のみ」で栄養摂取を行っていた対象者について、食形態の変化をみると、主食では、開始時「区分2」46名のうち、終了時「区分2」（状態維持）が37名（80.4%）、終了時「区分1」（ランクアップ）が8名（17.4%）になっていた。一方、副食をみると、開始時「区分4」26名のうち、「区分2」（ランクアップ）が20名（76.9%）になっていた。また、開始時「区分3」15名のうち、「区分2」（ランクアップ）が12名（80.0%）になっていた（表 3-3-1）。

表 3-3-1 直接メニューの食形態（SA）

開始時点での栄養摂取方法：経口摂取のみ

<主食>

（単位：人）

		終了時点（主食）						
		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	欠食	点滴
開始時点（主食）	区分1	2	1					1
	区分2	8	37		1			
	区分3	1	4	1				
	区分4		2		1		1	
	区分5	1			1			
	総計	12	44	1	3	0	1	1

開始時点での栄養摂取方法：経口摂取のみ

<副食>

（単位：人）

		終了時点（副食）						
		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	欠食	点滴
開始時点（副食）	区分1	4	4					1
	区分2	1	4					
	区分3	3	12					
	区分4	2	20	1	2		1	
	区分5	2	1		1			
	総計	12	41	1	3	0	1	1

参考 直接メニューの分類

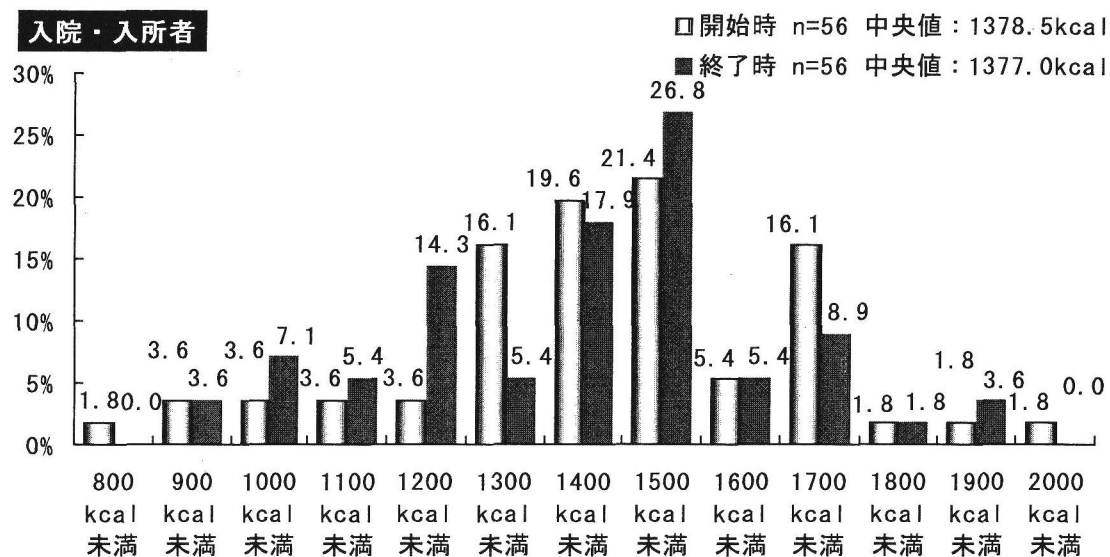
		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5
状態		以下が食べられる	以下が食べられる	以下が食べられる	以下が食べられる	以下が食べられる
食形態	主食	ご飯（普通）	ご飯（軟食）、全粥	七分粥	五分粥	ゼリー（1.6%ゼラチンゼリーもしくは介護食用かんてん）
	副食	軟菜	一口大	粗きざみ	極きざみ、ペースト、ミキサー	
		区分6		区分7		
状態		ティースプーン1杯（3～4CC）が飲める		100飲める（ストローピペット法による水のみテスト）		
食形態		ティースプーンの水にとろみをつけたもの		少量の水（とろみ調整済み）		

(2) 提供栄養量

① 提供エネルギー量(入院・入所者)

入院・入所者を対象にモデル事業開始前後の提供エネルギー量(kcal/日)の分布をみると以下の通りであった(図 3-3-1)。

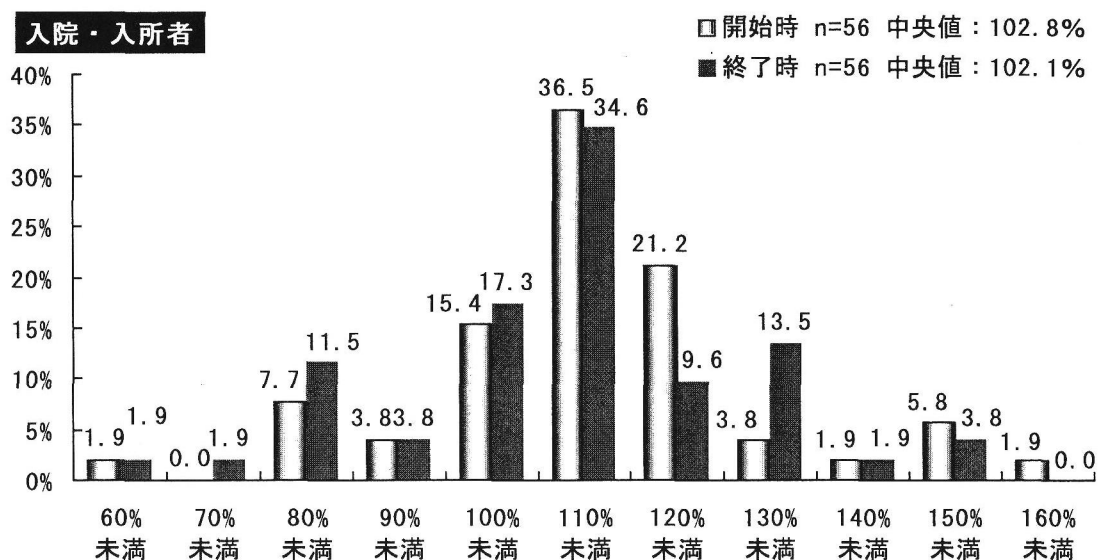
図 3-3-1 提供エネルギー量(kcal/日):入院・入所者



② 必要エネルギー量に対する提供エネルギー量の割合(入院・入所者)

入院・入所者を対象に必要エネルギー量に対する提供エネルギー量の割合をみると、モデル事業開始時に 100%を下回っていたのは約 3 割であったのに対し、終了時は約 4 割となっていた(図 3-3-2)。

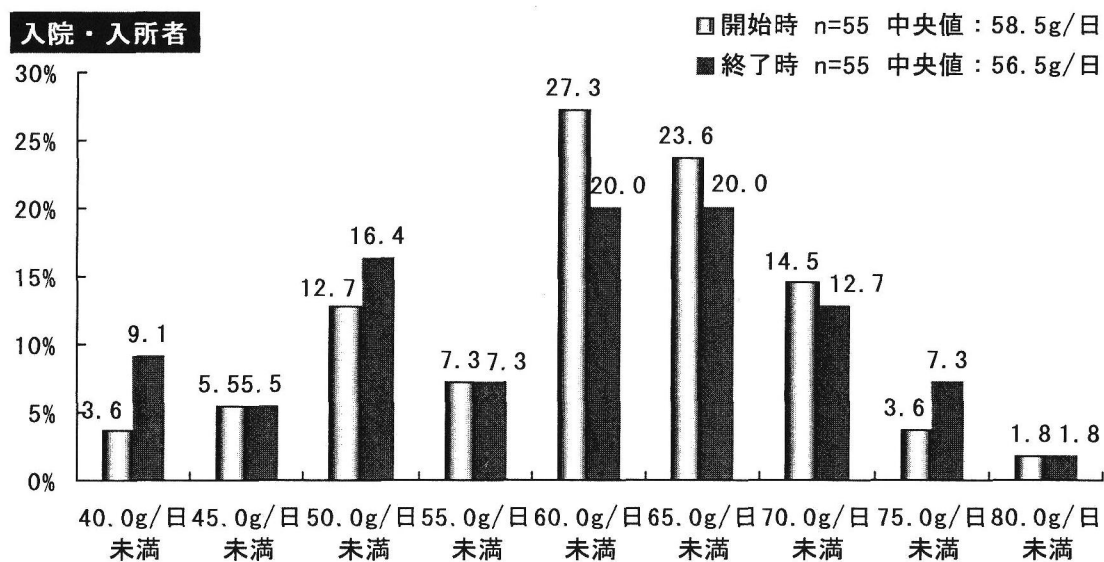
図 3-3-2 提供エネルギー量(kcal/日):入院・入所者
(必要エネルギー量を 100 とした時の割合)



③ 提供たん白質量(g/日)(入院・入所者)

入院・入所者を対象に提供たん白質量(g/日)の分布をみると以下の通りであった(図 3-3-3)。

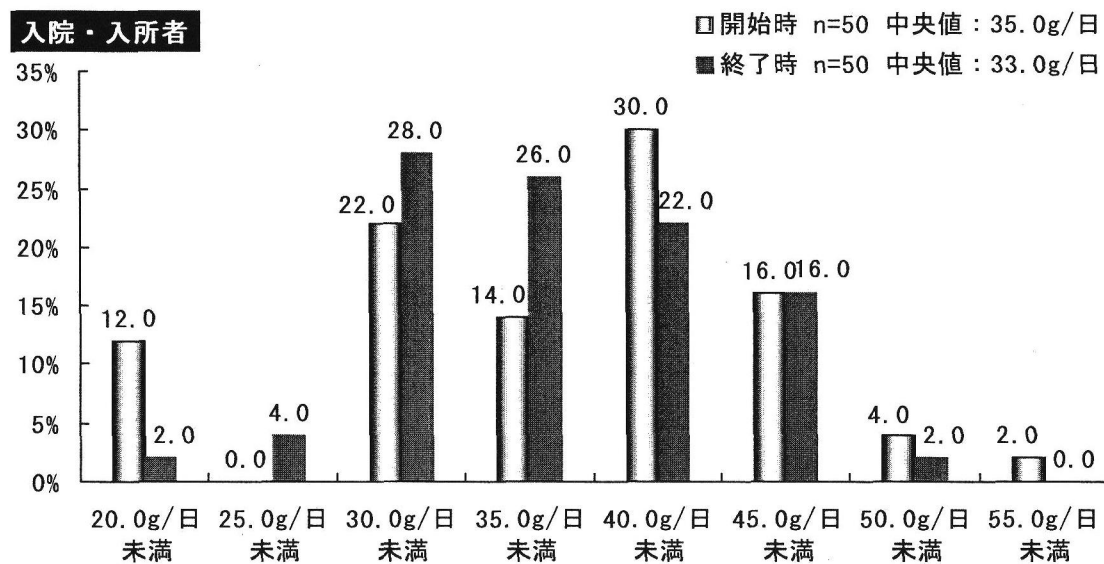
図 3-3-3 提供たん白質量(g/日)：入院・入所者



④ 提供脂質量(g/日)(入院・入所者)

入院・入所者を対象に提供脂質量(g/日)の分布をみると以下の通りであった(図 3-3-4)。

図 3-3-4 提供脂質量(g/日)：入院・入所者



(3) 摂取栄養量

① 摂取エネルギー量(kcal/日)(入院・入所者、在宅療養者)

入院・入所者、在宅療養者を対象に摂取エネルギー量(kcal/日)の分布をみると以下の通りであった(図 3-3-5)。

また、在宅療養者のみを対象に摂取エネルギー量(kcal/日)の分布をみると以下の通りであった(図 3-3-6)。

図 3-3-5 摂取エネルギー量(kcal/日):入院・入所者、在宅療養者

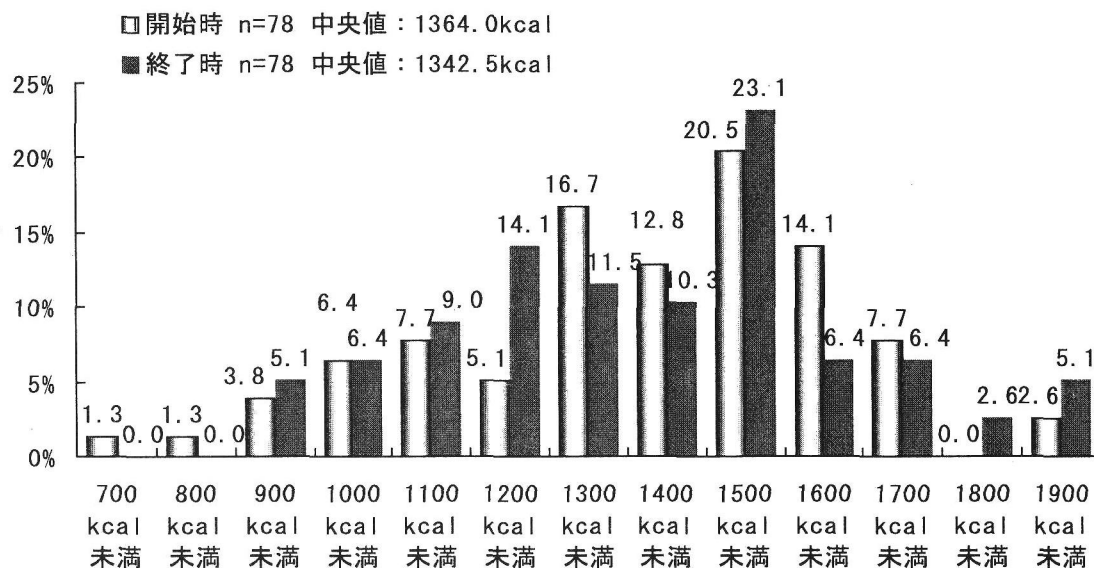
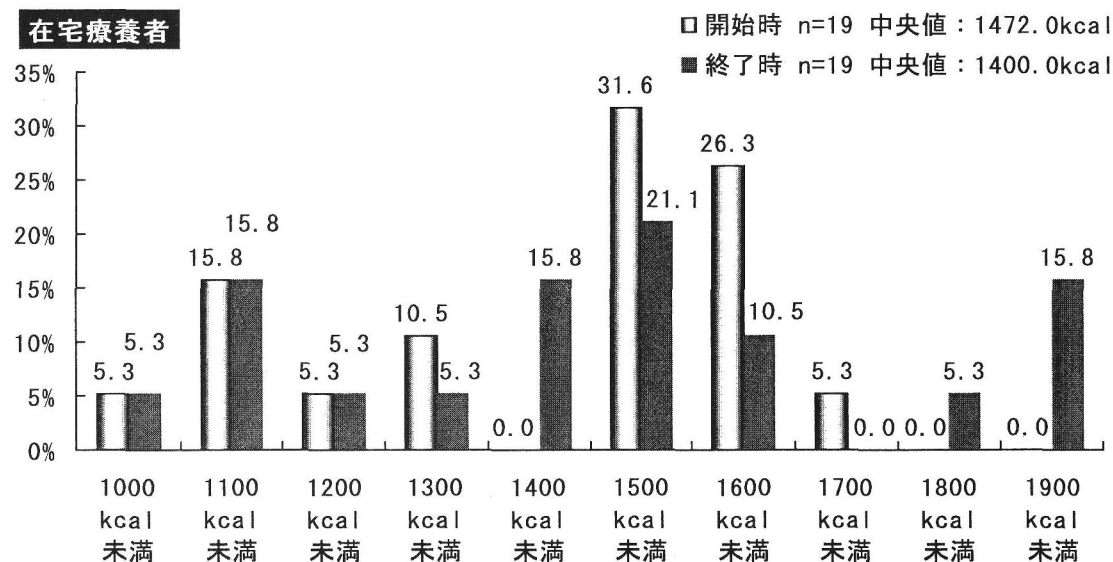


図 3-3-6 摂取エネルギー量(kcal/日):在宅療養者



② 必要エネルギー量に対する摂取エネルギー量の割合

入院・入所者、在宅療養者を対象に必要なエネルギー量に占める摂取エネルギー量の割合をみると、モデル事業開始時に 100%を下回っていたのは約 3 割であったのに対し、終了時は約 5 割となっていた（図 3-3-7）。

また、在宅療養者のみを対象に必要なエネルギー量に占める摂取エネルギー量の割合をみると以下の通りであった（図 3-3-8）。

図 3-3-7 摂取エネルギー量 (kcal/日)：入院・入所者、在宅療養者
(必要エネルギー量に占める割合)

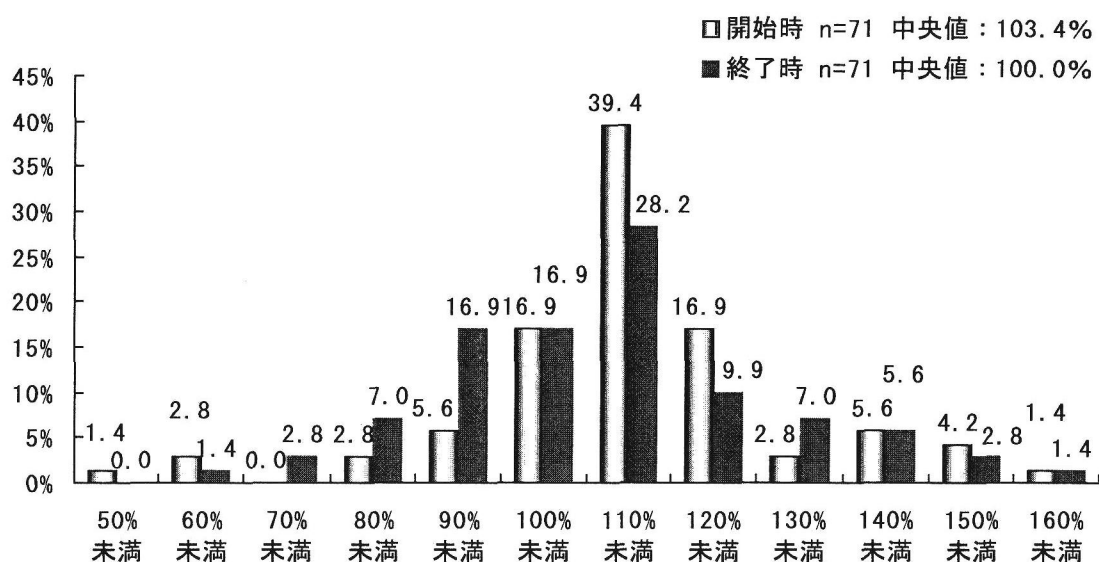
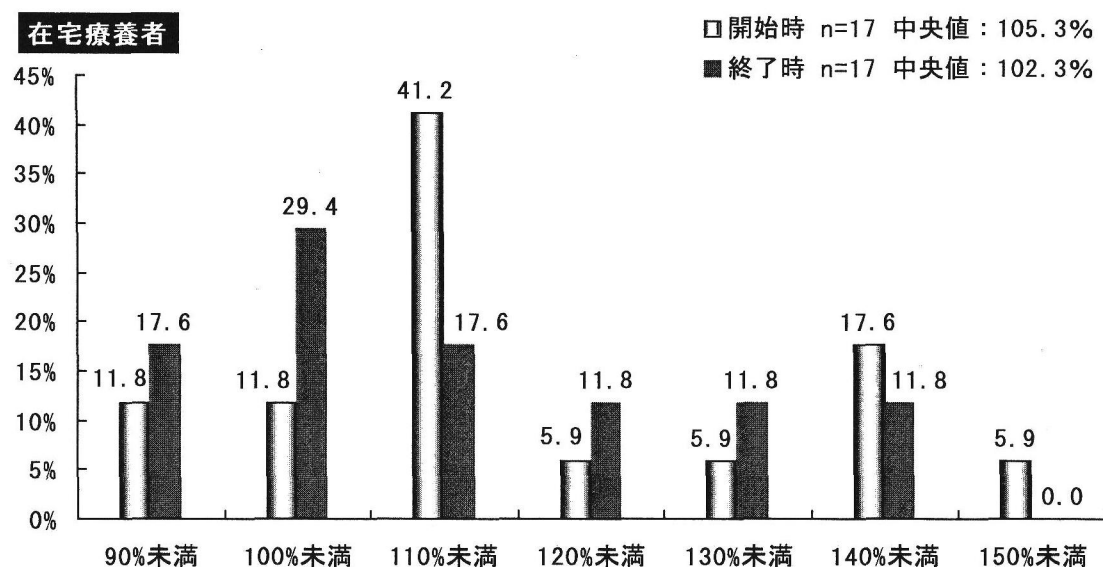


図 3-3-8 摂取エネルギー量 (kcal/日)：在宅療養者
(必要エネルギー量に占める割合)



③ 摂取エネルギー量に占める経管栄養の割合

入院・入所者、在宅療養者を対象に摂取エネルギー量 (kcal/日) のうち経管栄養による摂取エネルギー量 (kcal/日) の割合をみると、以下の通りであった (表 3-3-2)。

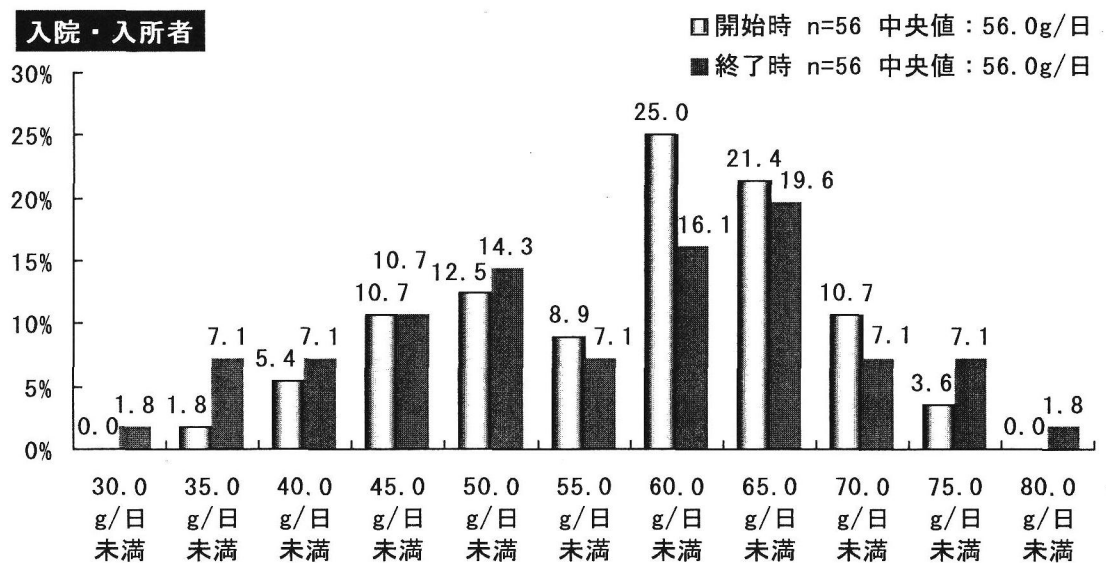
表 3-3-2 摂取エネルギー量 (kcal/日) に占める経管栄養の割合
：入院・入所者、在宅療養者

開始時 (%)	終了時 (%)
84.1	93.8
100.0	100.0
95.0	87.4
100.0	100.0
100.0	100.0
100.0	100.0
100.0	100.0
100.0	100.0
100.0	100.0
94.5	100.0
76.1	100.0
100.0	100.0

④ 摂取たん白質量(g/日)(入院・入所者)

入院・入所者を対象に摂取たん白量 (g/日) の分布をみると以下の通りであった (図 3-3-9)。

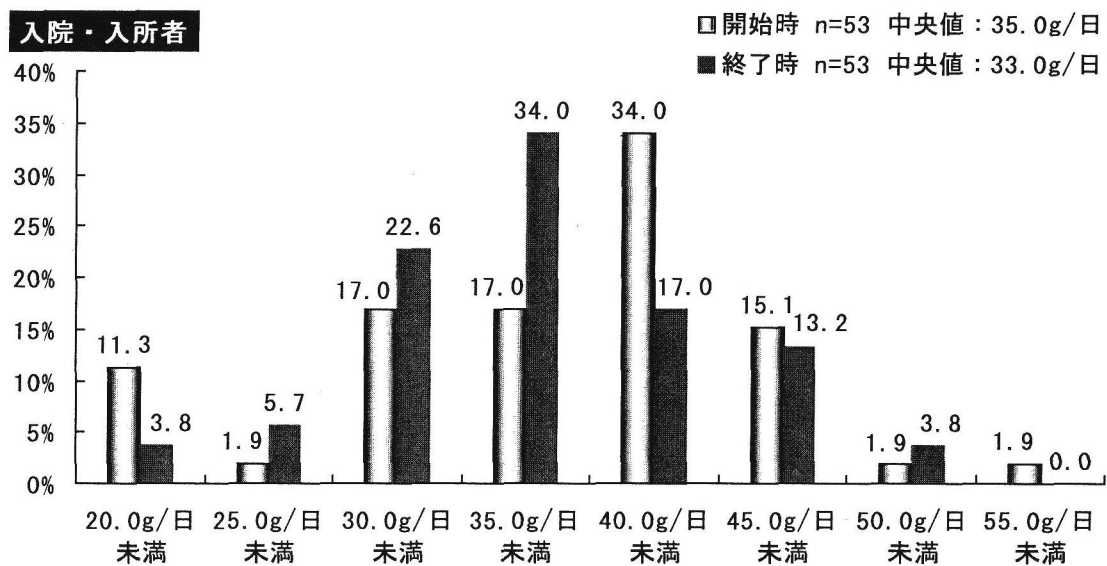
図 3-3-9 摂取たん白質量 (g/日) : 入院・入所者



⑤ 摂取脂質量(g/日)(入院・入所者)

入院・入所者を対象に摂取脂質量(g/日)の分布をみると以下の通りであった(図3-3-10)。

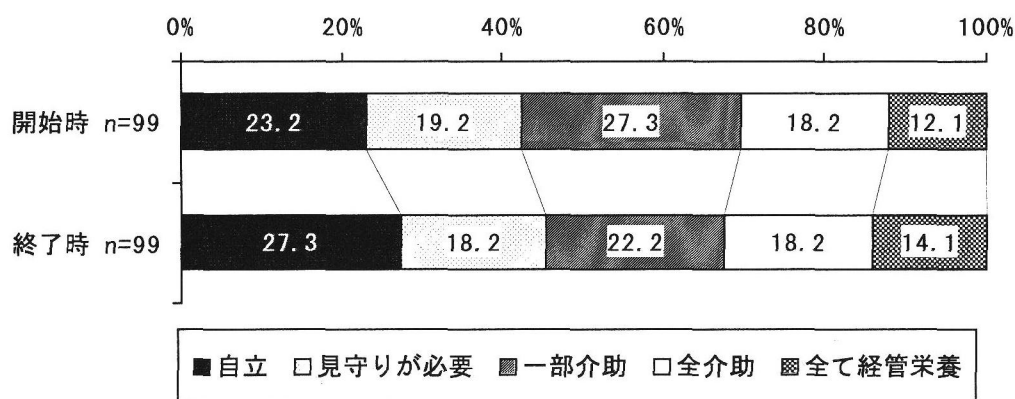
図 3-3-10 摂取脂質量(g/日)：入院・入所者



(4) 食事の自立度

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の食事の自立度をみると以下のような構成比であった（図 3-3-11）。

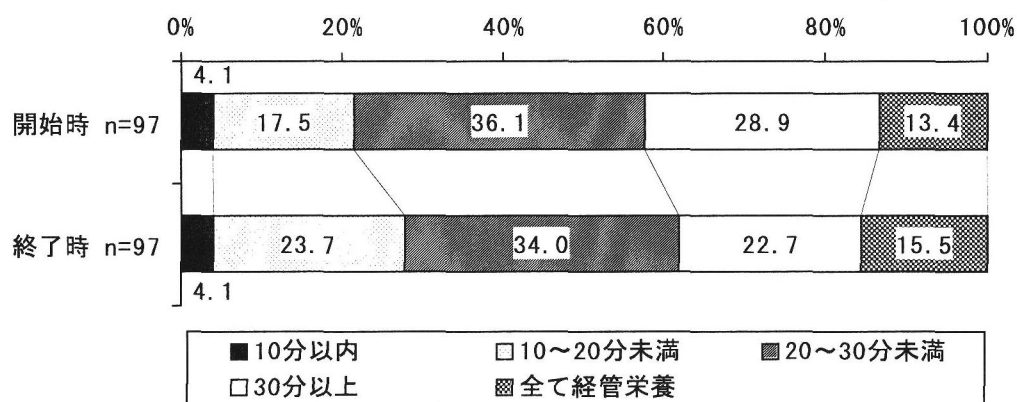
図 3-3-11 食事の自立度



(5) 食事時間

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の食事時間の分布をみると以下の通りであった（図 3-3-12）。

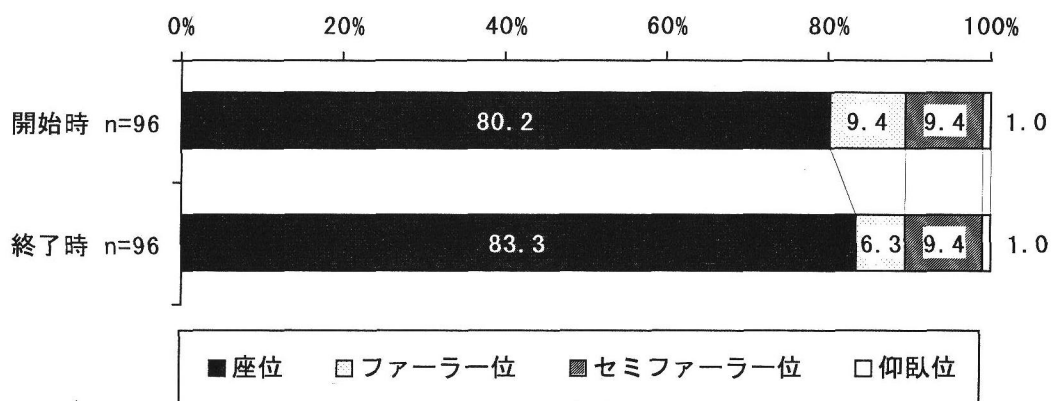
図 3-3-12 食事時間



(6) 食事の姿勢

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の食事の姿勢の分布をみると以下の通りであった（図 3-3-13）。

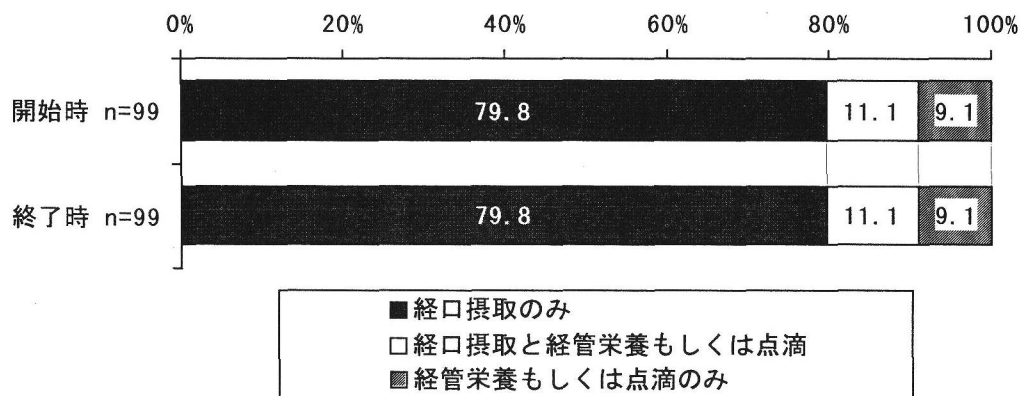
図 3-3-13 食事の姿勢



(7) 栄養摂取の方法と食形態

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の栄養摂取の方法と食形態についてみると、開始時、終了時とも「経口摂取のみ」79.8%、「経口摂取と経管栄養もしくは点滴」11.1%、「経管栄養もしくは点滴のみ」9.1%であった（図 3-3-14）。

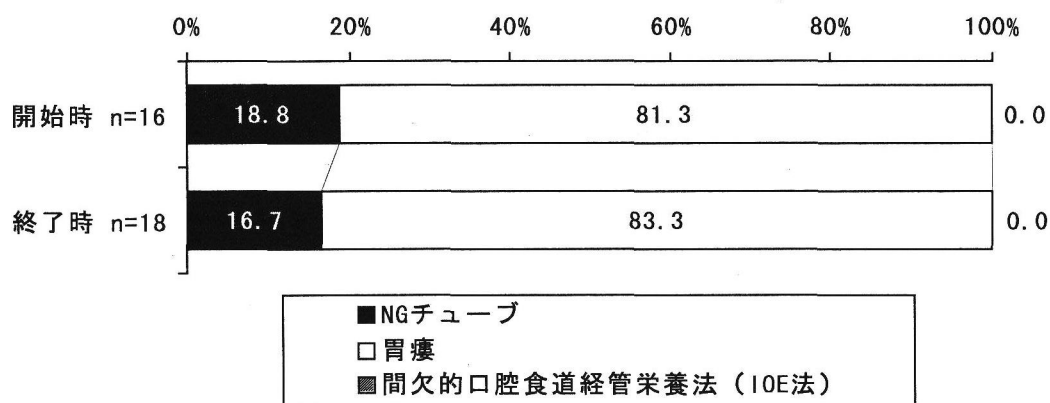
図 3-3-14 栄養摂取の方法と食形態



(8) 経管栄養の導入状況

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）のうち経管栄養を導入している場合の種類をみると、以下の通りであった（図 3-3-15）。

図 3-3-15 経管

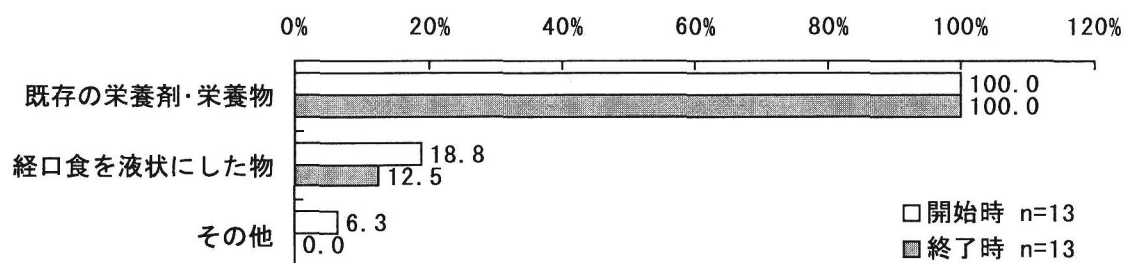


※「経管なし」を除いた集計結果である。

(9) 経管≪注入している栄養物の種類≫

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）のうち「NG チューブ」、「胃瘻」、「間欠的口腔食道経管栄養法 (IOE 法)」を導入している場合について注入している栄養物の種類をみると、開始時、終了時とも「既存の栄養剤・栄養物」が 13 人 (100.0%) であった（図 3-3-16）。

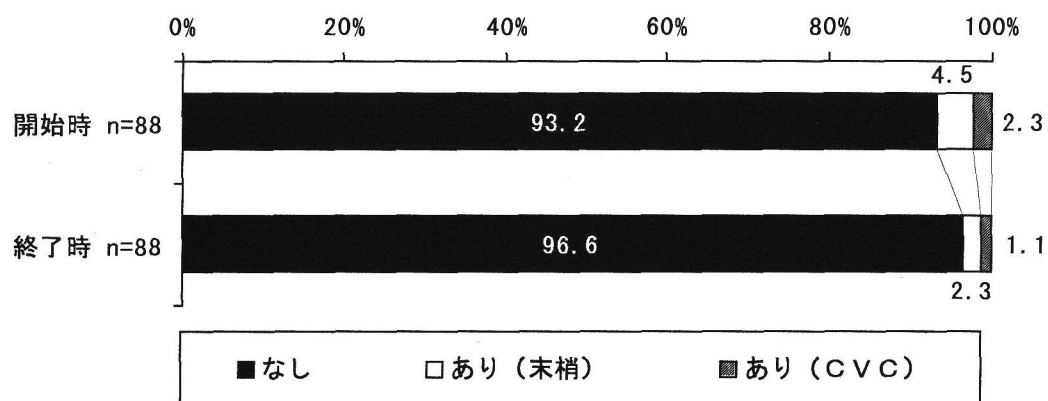
図 3-3-16 経管≪注入している栄養物の種類≫（複数回答）



(10) 点滴の使用状況

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の点滴の使用状況をみると以下の通りであった（図 3-3-17）。

図 3-3-17 点滴



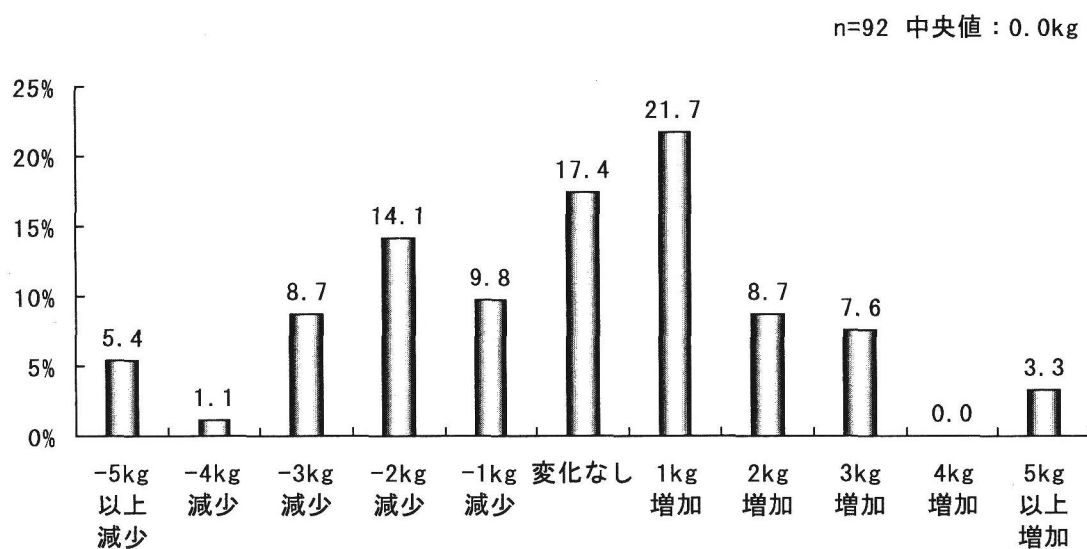
4. 全身状態の変化に関する分析

(1) 身体測定

① 体重(kg)

体重(kg)の増減値をみると、「1kg 増加」が21.7%、「変化なし」17.4%、「-2kg 減少」14.1%であった(図 3-4-1)。

図 3-4-1 体重(kg)

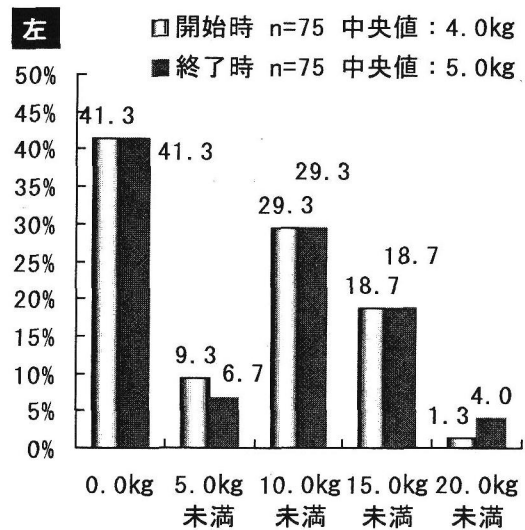
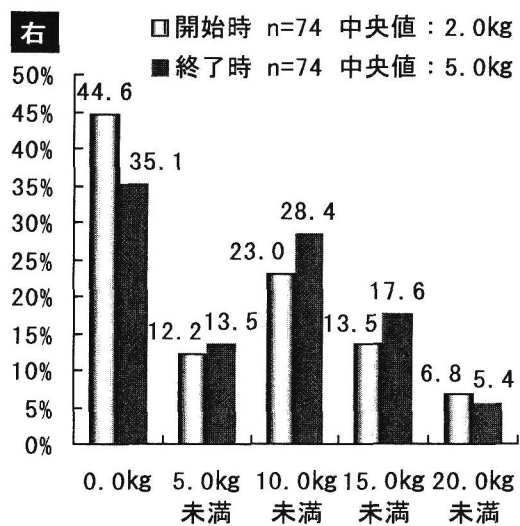


※体重の増減値は終了時体重から開始時体重の差である。

② 握力 (kg)

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の握力について右手、左手それぞれ以下のような分布であった。（図 3-4-2）。

図 3-4-2 握力（右・左）



③ BMI

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）のBMIの分布をみると以下の通りであった（図 3-4-3）。

モデル事業開始時に「20未満・やせ」であった割合は52.3%、終了時は55.7%であった（図 3-4-4）。

図 3-4-3 BMI

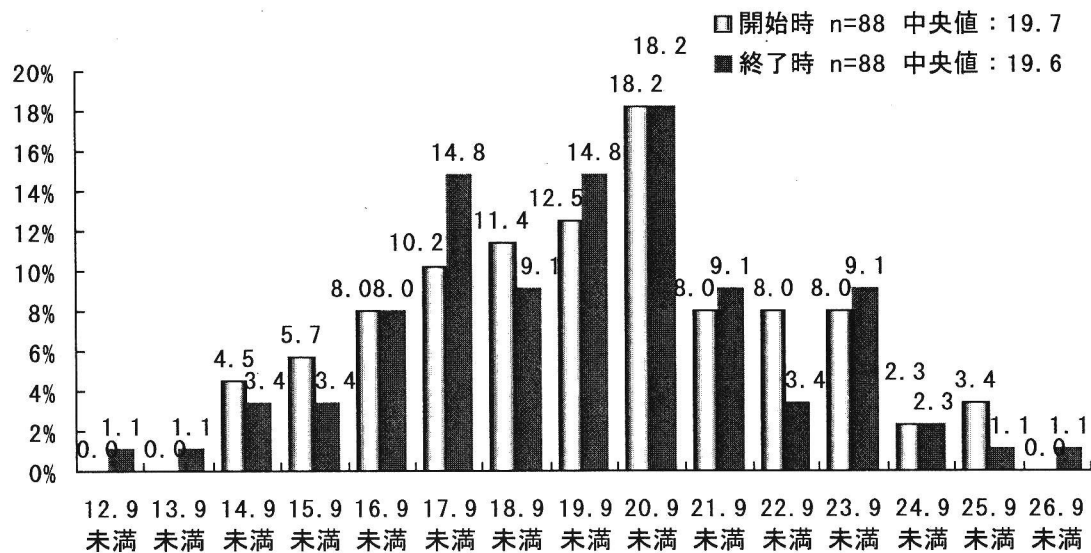
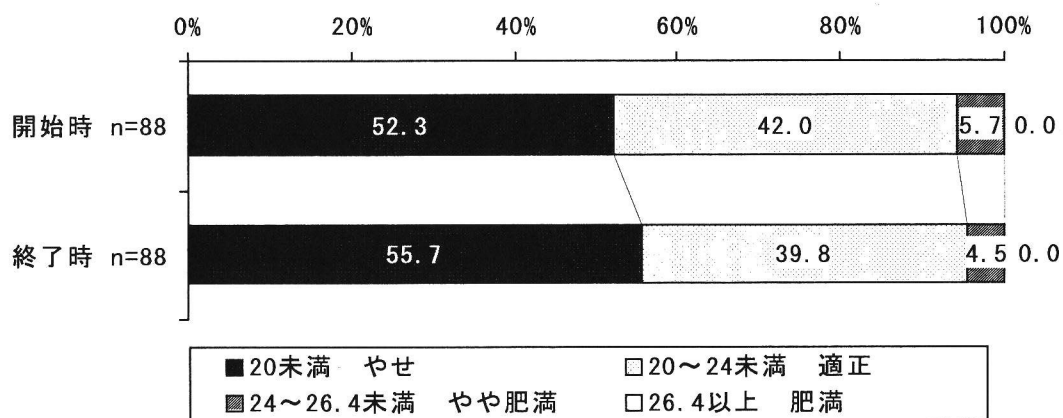


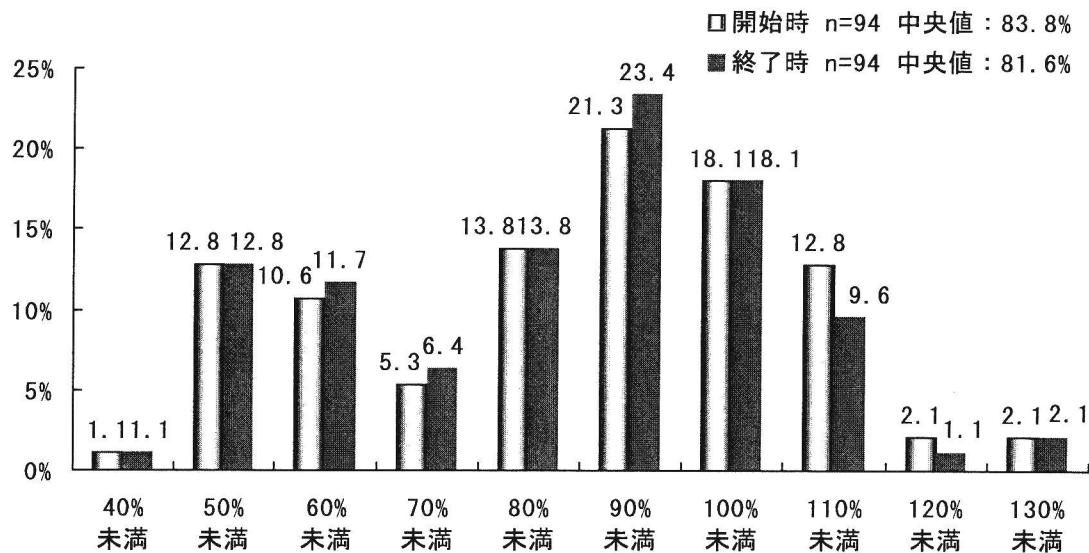
図 3-4-4 BMI（カテゴリ別）



④ %IBW(%標準体重)(%)

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の%IBW（%標準体重）（%）をみると以下のような分布であった。（図 3-4-5）。

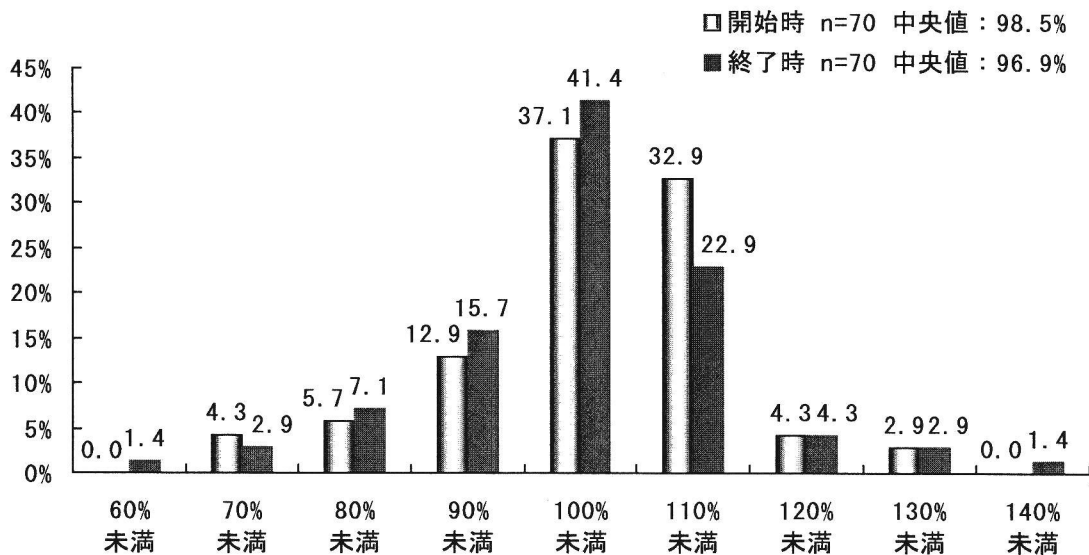
図 3-4-5 %IBW（%標準体重）（%）



⑤ %UBW(%通常時体重)(%)

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の%UBW（%通常時体重）（%）をみると以下のような分布であった。（図 3-4-6）。

図 3-4-6 %UBW（%通常時体重）（%）



⑥ 上腕皮下脂肪厚(TSF) (mm)

上腕皮下脂肪厚 (TSF) (mm) をみると、「7.0mm 未満」でモデル事業開始時 22.4% から終了時は 16.5%、「15.0mm 未満」で 9.4% から 3.5%、「13.0mm 未満」では 7.1% から 11.8%、「17.0mm 未満」では 4.7% から 9.4% となっている (図 3-4-7)。

また、上腕皮下脂肪厚 (TSF) (mm) の厚さの変化をみると、「増加」が 48.2%、「変化なし」28.2%、「減少」23.5%であった (表 3-4-1)。

図 3-4-7 上腕皮下脂肪厚 (TSF) (mm)

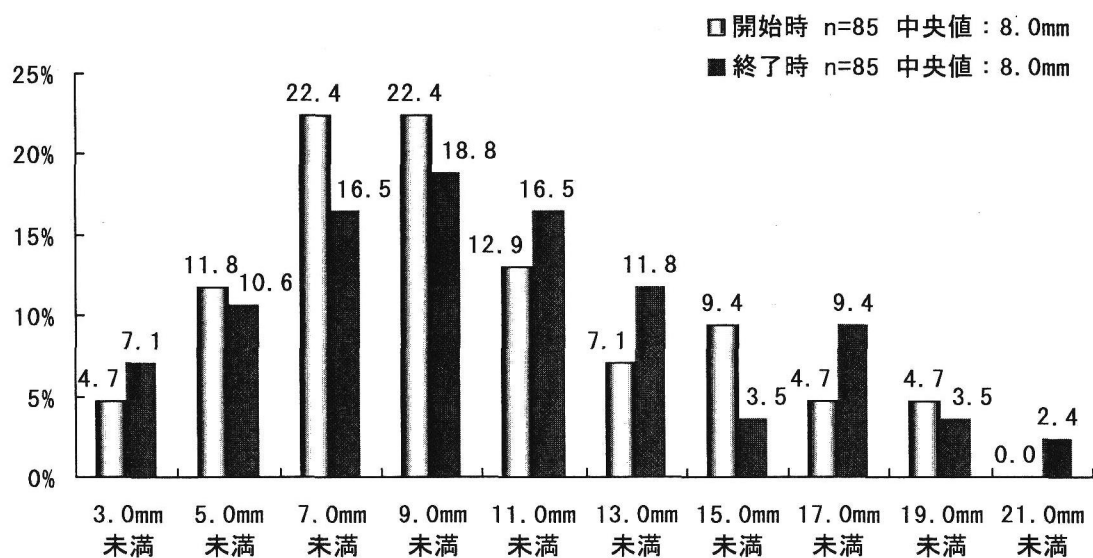


表 3-4-1 上腕皮下脂肪厚 (TSF) (mm) の厚さの差の変化

	合計	増加	変化なし	減少
総計	85	41	24	20
	100.0	48.2	28.2	23.5

※終了時－開始時の差を求め、0.1 以上を「増加」、0.0 を「変化なし」、-0.1 以下を「減少」とした。

⑦ 上腕周囲長 (AC) (cm)

上腕周囲長 (AC) (cm) をみると、「23.0cm 未満」でモデル事業開始時 13.8%から終了時は 24.5%、「25.0cm 未満」では 21.3%から 13.8%となっている (図 3-4-8)。

また、上腕周囲長 (AC) (cm) の長さの変化をみると、「増加」が 41.5%、「変化なし」18.1%、「減少」40.4%であった (表 3-4-2)。

図 3-4-8 上腕周囲長 (AC) (cm)

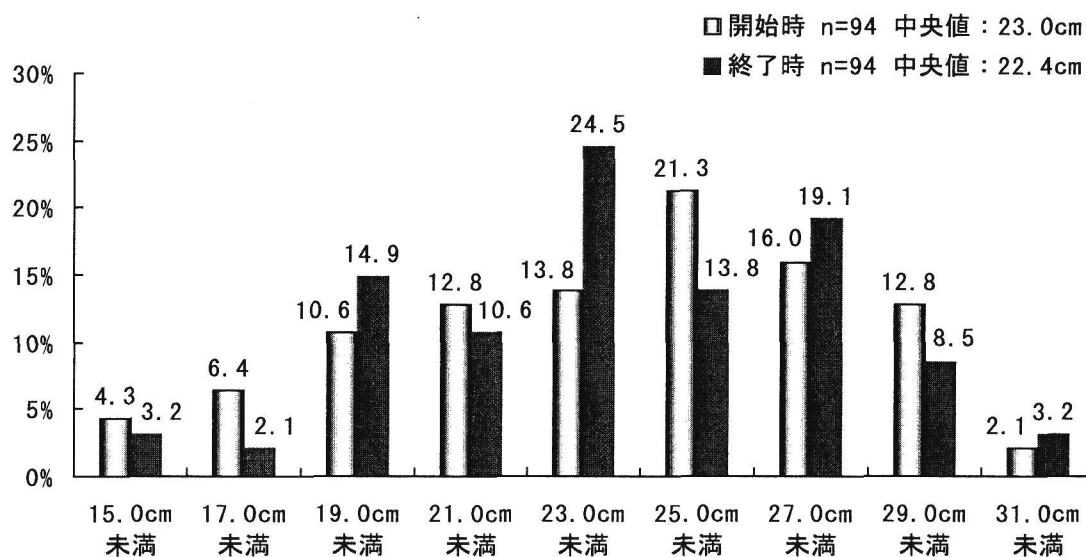


表 3-4-2 上腕周囲長 (AC) (cm) の長さの差の変化

	合計	増加	変化なし	減少
総計	94	39	17	38
	100.0	41.5	18.1	40.4

※終了時－開始時の差を求め、0.1 以上を「増加」、0.0 を「変化なし」、-0.1 以下を「減少」とした。

⑧ 上腕筋囲(AMC)(cm)

上腕筋囲(AMC)(cm)をみると、「19.0cm未満」でモデル事業開始時22.2%から終了時は16.0%、「21.0cm未満」では22.2%から28.4%となっている(図3-4-9)。

また、上腕筋囲(AMC)(cm)の厚さの変化をみると、「増加」が46.9%、「変化なし」8.6%、「減少」44.4%であった(表3-4-3)。

図 3-4-9 上腕筋囲(AMC)(cm)

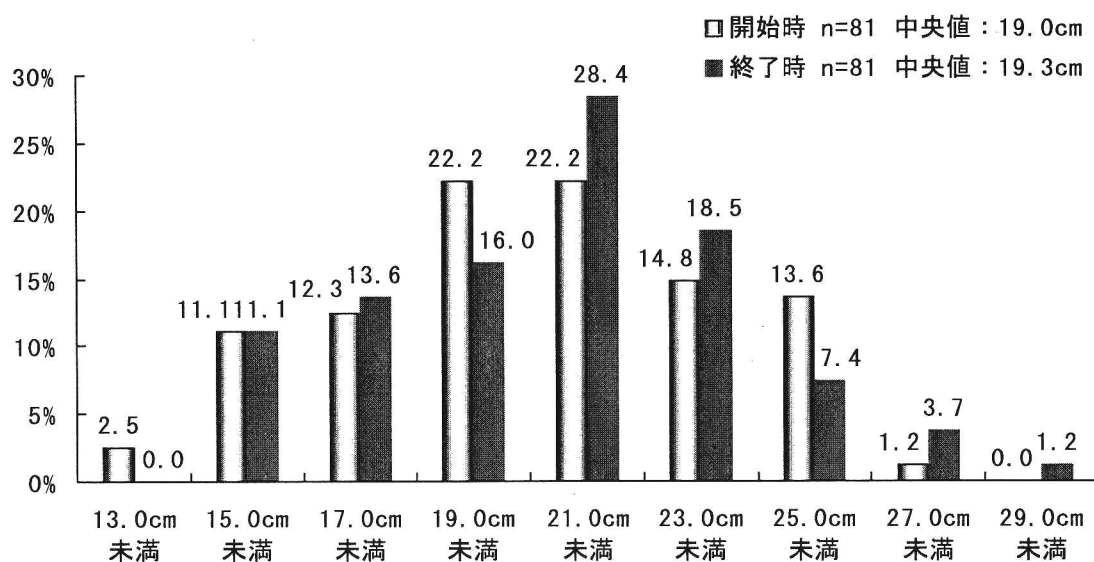


表 3-4-3 上腕筋囲(AMC)(cm)の厚さの差の変化

	合計	増加	変化なし	減少
総計	81	38	7	36
	100.0	46.9	8.6	44.4

※終了時－開始時の差を求め、0.1以上を「増加」、0.0を「変化なし」、-0.1以下を「減少」とした。

(2) 血液検査

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の血液検査の平均値は以下の通りであった（表 3-4-4）。

表 3-4-4 血液検査（平均値）

			開始時（平均値）	終了時（平均値）
経口 摂取 のみ	TP（総蛋白）（g/dl）	n=58	6.6（g/dl）	6.7（g/dl）
	Hb（ヘモグロビン）（g/dl）	n=60	12.2（g/dl）	12.2（g/dl）
	リンパ球数（/ μ l）	n=42	1760.0（/ μ l）	1859.1（/ μ l）
	Alb（アルブミン）（g/dl）	n=56	3.7（g/dl）	3.7（g/dl）
			開始時（平均値）	終了時（平均値）
経口 摂取 ＋ 経管 栄養 もしくは 点滴	TP（総蛋白）（g/dl）	n=10	6.4（g/dl）	6.7（g/dl）
	Hb（ヘモグロビン）（g/dl）	n=8	12.2（g/dl）	12.5（g/dl）
	リンパ球数（/ μ l）	n=7	2391.6（/ μ l）	2131.9（/ μ l）
	Alb（アルブミン）（g/dl）	n=9	3.5（g/dl）	3.7（g/dl）
			開始時（平均値）	終了時（平均値）
経管 栄養 もしくは 点滴 のみ	TP（総蛋白）（g/dl）	n=7	6.1（g/dl）	6.4（g/dl）
	Hb（ヘモグロビン）（g/dl）	n=7	12.3（g/dl）	12.6（g/dl）
	リンパ球数（/ μ l）	n=7	1529.1（/ μ l）	1436.0（/ μ l）
	Alb（アルブミン）（g/dl）	n=6	3.3（g/dl）	3.6（g/dl）
			開始時（平均値）	終了時（平均値）
総計	TP（総蛋白）（g/dl）	n=75	6.5（g/dl）	6.7（g/dl）
	Hb（ヘモグロビン）（g/dl）	n=75	12.2（g/dl）	12.3（g/dl）
	リンパ球数（/ μ l）	n=56	1810.1（/ μ l）	1840.3（/ μ l）
	Alb（アルブミン）（g/dl）	n=71	3.6（g/dl）	3.7（g/dl）

① TP(総蛋白)(g/dl)

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）のTP（総蛋白）（g/dl）の分布は以下の通りであった（図 3-4-10）。

モデル事業開始時における「6.3g/dl 未満」の割合は、34.7%、終了時では 17.3%であった（図 3-4-11）。

図 3-4-10 TP（総蛋白）（g/dl）

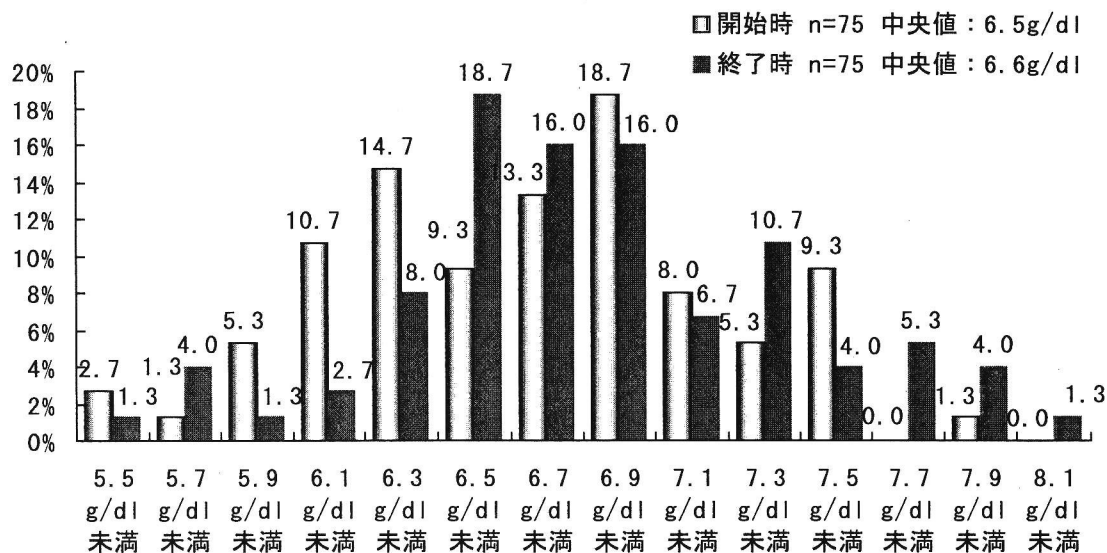
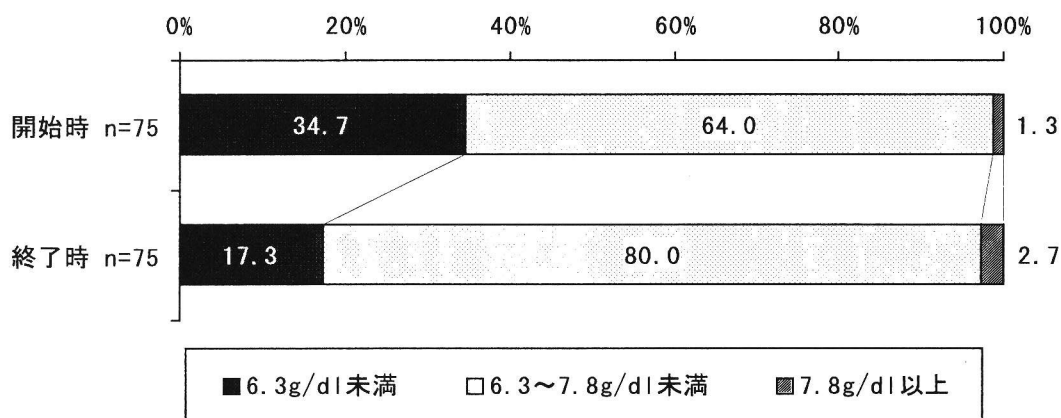


図 3-4-11 TP（総蛋白）（g/dl）（カテゴリ別）



② Hb(ヘモグロビン)(g/dl)

対象者(入院・入所者、在宅療養者合計)のHb(ヘモグロビン)(g/dl)の分布は以下の通りであった(図 3-4-12)。

男性についてモデル事業開始時における「13.5g/dl 未満」の割合は61.3%、終了時では54.8%であった(図 3-4-13)。女性では、モデル事業開始時に「11.3g/dl 未満」の割合は31.8%、終了時では38.6%であった(図 3-4-14)。

図 3-4-12 Hb(ヘモグロビン)(g/dl)

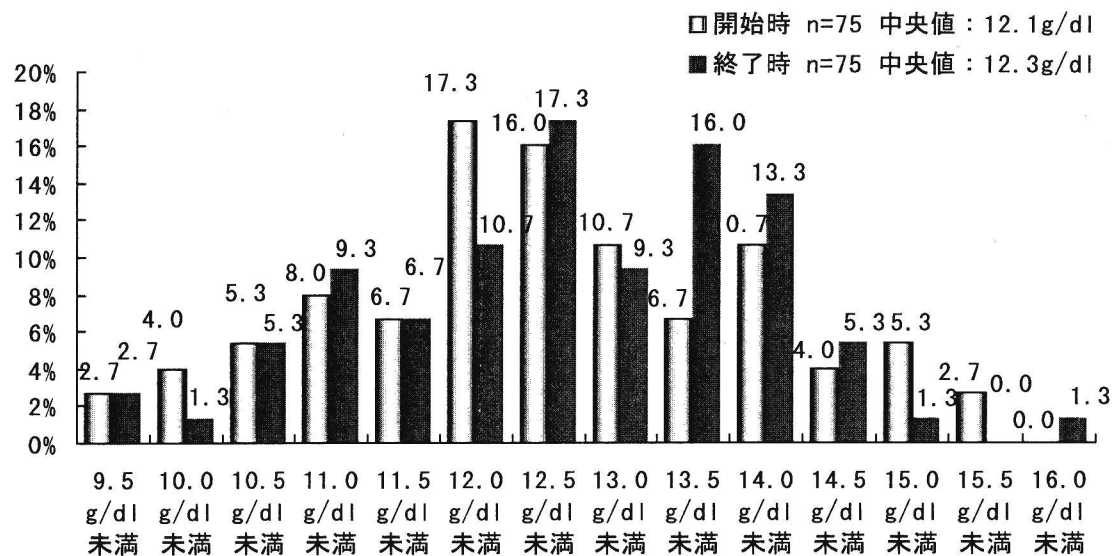


図 3-4-13 Hb（ヘモグロビン）（g/dl）（カテゴリ別・男性）

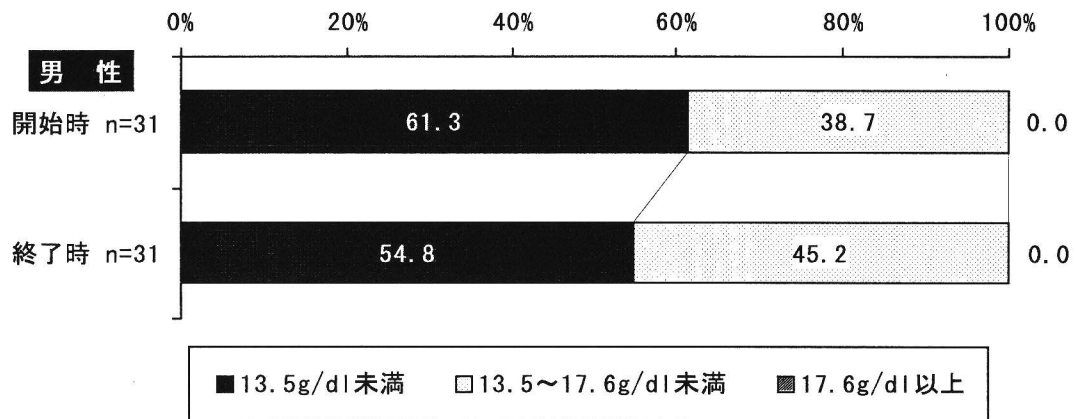
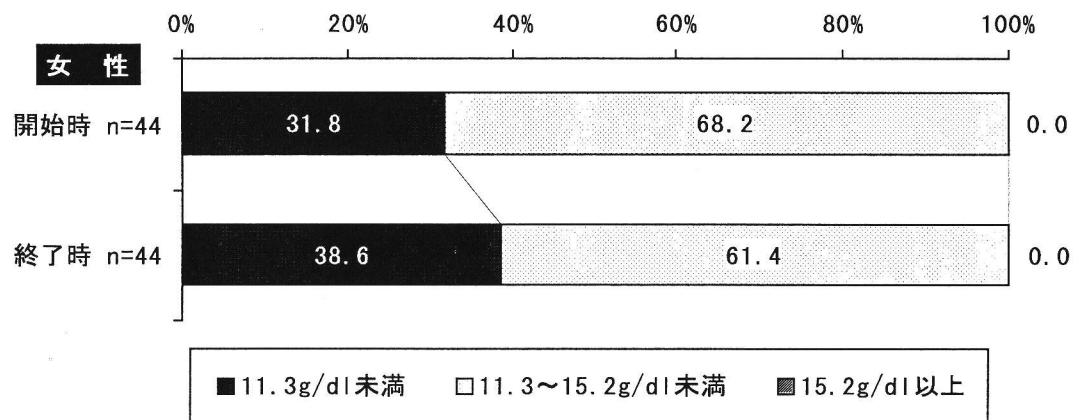


図 3-4-14 Hb（ヘモグロビン）（g/dl）（カテゴリ別・女性）



③ リンパ球数(/ μ l)

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）のリンパ球数（/ μ l）の分布は以下の通りであった（図 3-4-15）。

モデル事業開始時における「1000.0/ μ l 未満」の割合は 10.7%、終了時においては 12.5%であった（図 3-4-16）。

図 3-4-15 リンパ球数（/ μ l）

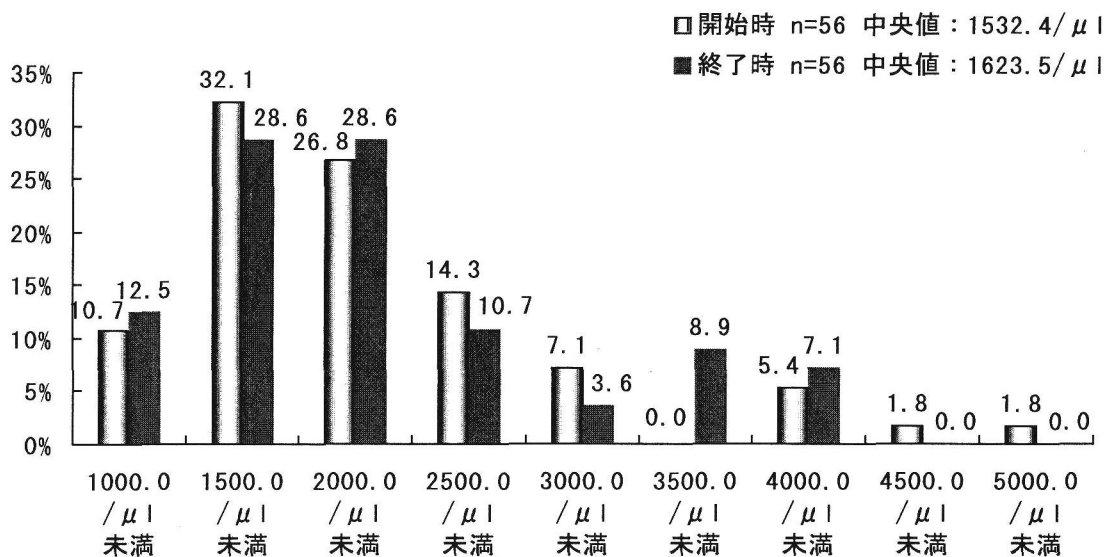
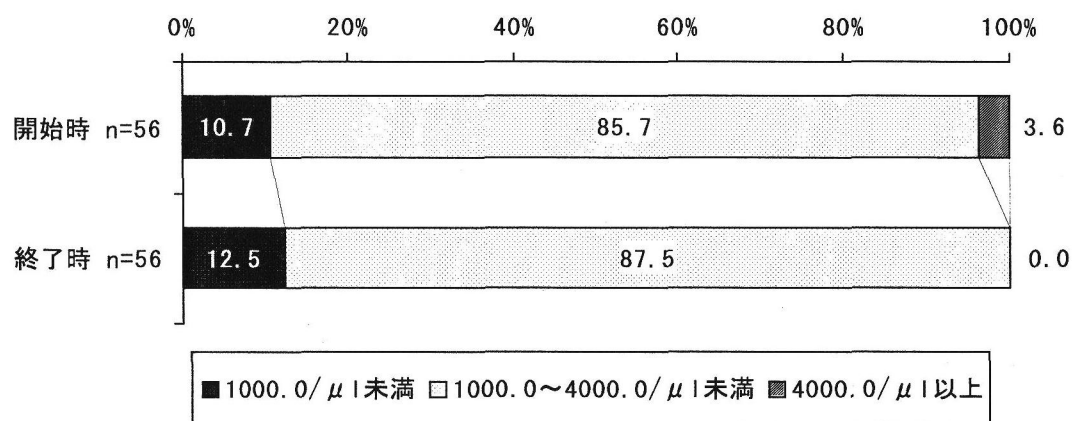


図 3-4-16 リンパ球数（/ μ l）（カテゴリ別）



④ Alb(アルブミン)(g/dl)

対象者(入院・入所者、在宅療養者合計)のAlb(アルブミン)(g/dl)の分布は以下の通りであった(図 3-4-17)。

モデル事業開始時における「3.7g/dl 未満」の割合は54.9%、終了時においては46.5%であった(図 3-4-18)。

図 3-4-17 Alb(アルブミン)(g/dl)

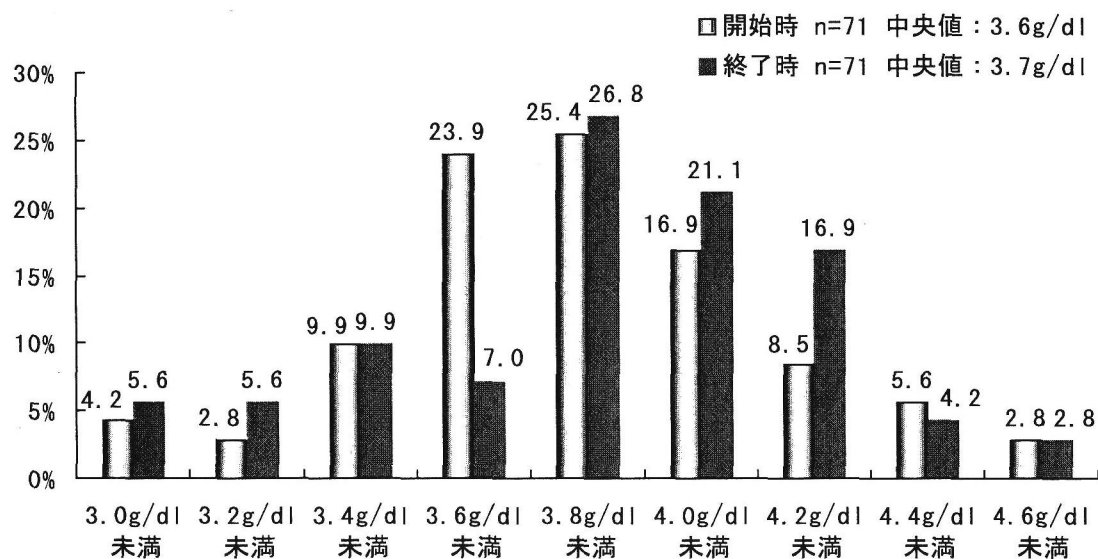
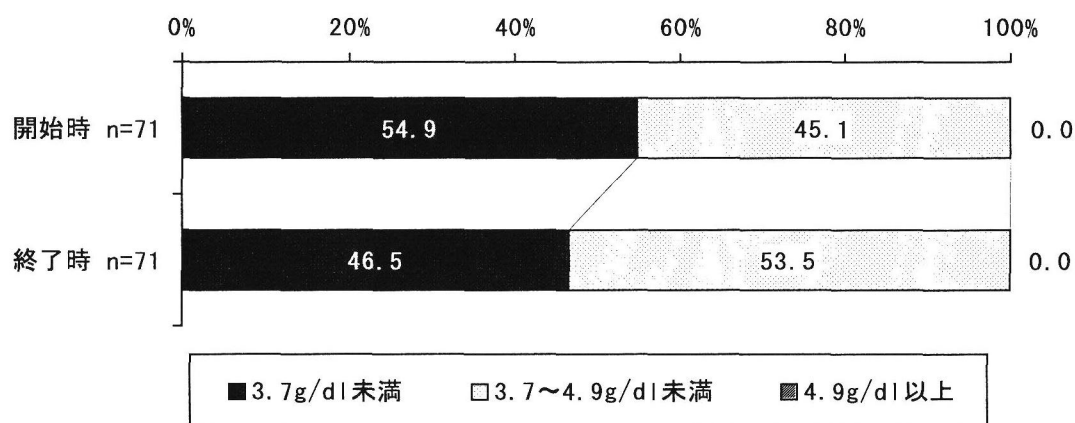


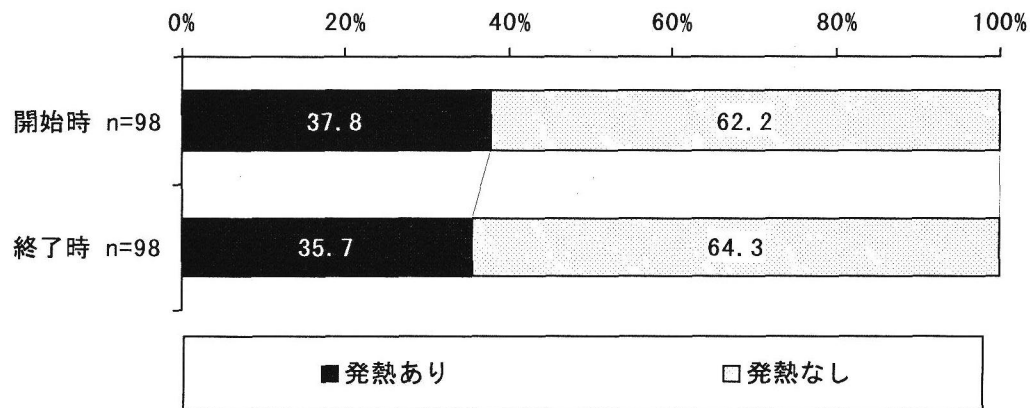
図 3-4-18 Alb(アルブミン)(g/dl)(カテゴリ別)



(3) 発熱の状況

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の発熱の状況をみると、モデル事業開始時における「発熱あり」の割合は37.8%、終了時においては35.7%であった（図3-4-19）。

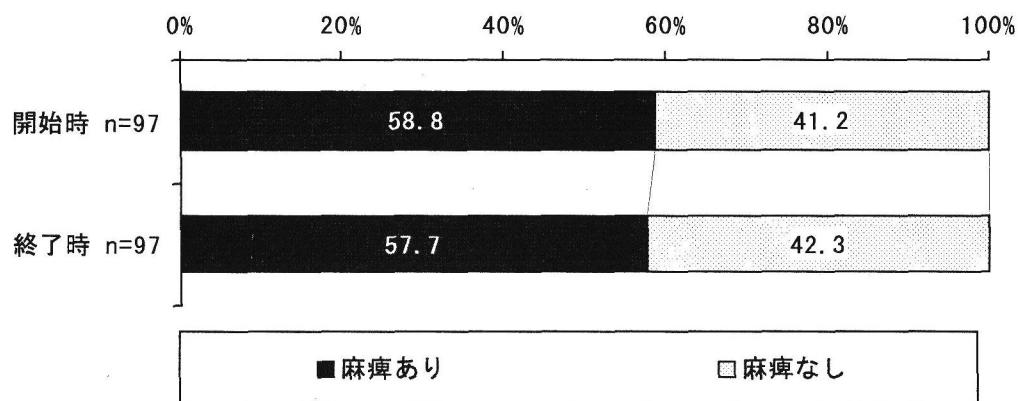
図 3-4-19 発熱の状況



(4) 麻痺の状況

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の麻痺の状況をみると、モデル事業開始時における「麻痺あり」の割合は58.8%、終了時においては57.7%であった（図3-4-20）。

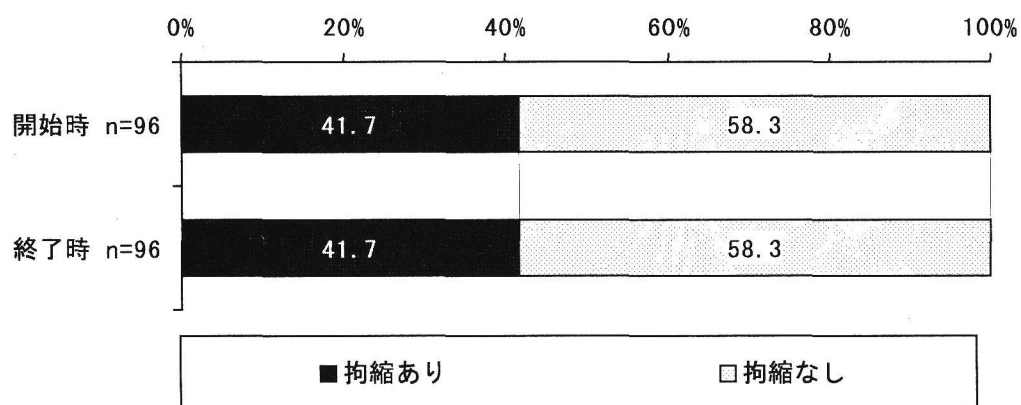
図 3-4-20 麻痺の状況



(5) 拘縮の状況

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の拘縮の状況をみると、モデル事業開始時、終了時ともに「拘縮あり」の割合は41.7%であった（図 3-4-21）。

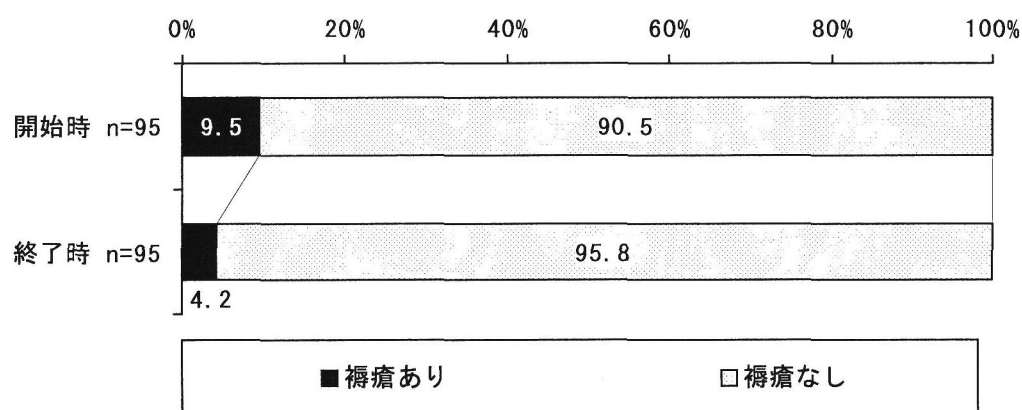
図 3-4-21 拘縮の状況



(6) 褥瘡の状況

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の褥瘡の状況をみると、モデル事業開始時における「褥瘡あり」は9人（9.5%）、終了時においては4人（4.2%）であった（図 3-4-22）。

図 3-4-22 褥瘡の状況



5. 口腔機能等の変化に関する分析

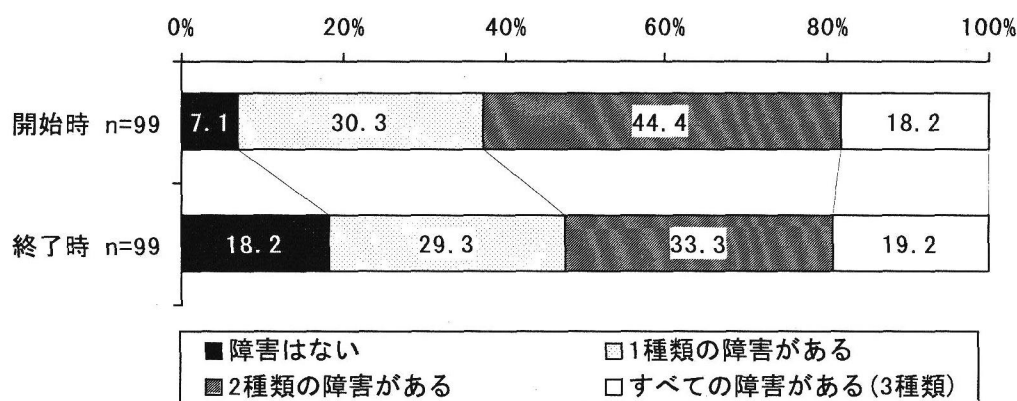
(1) 経口摂取障害の種類

① 経口摂取障害の種類数

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の経口摂取障害の種類数（「認知期の障害」、「咀嚼・口腔期の障害」、「嚥下・食道期の障害」の該当数）をみると、モデル事業開始時では、「2種類の障害がある」割合が44.4%、「1種類の障害がある」30.3%、「すべての障害がある（3種類）」18.2%、「障害はない」7.1%であった。

終了時では「2種類の障害がある」割合が33.3%に減少し、障害はないが18.2%に増加する傾向にあった（図 3-5-1）。

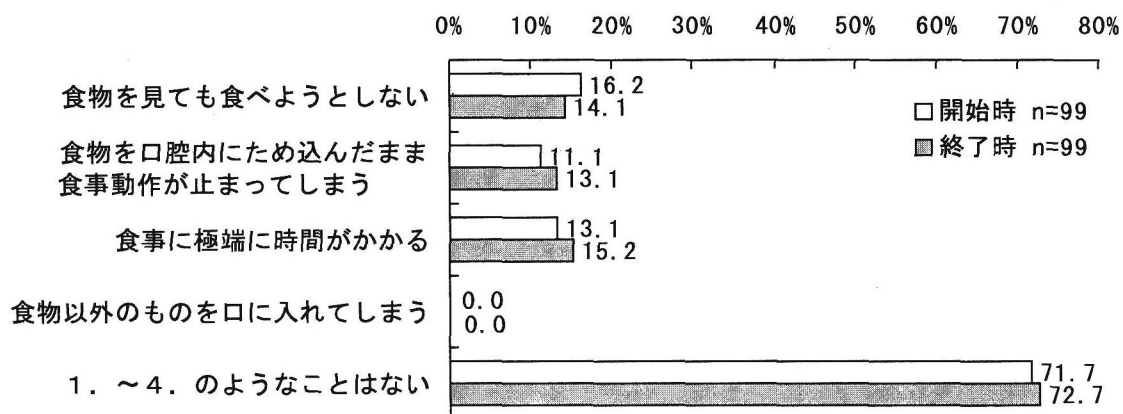
図 3-5-1 経口摂取障害の重複状況



② 認知期の障害

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の「認知期の障害」状況をみると、モデル事業開始時、終了時ともに約7割はこうした障害はみられなかった（図 3-5-2）。

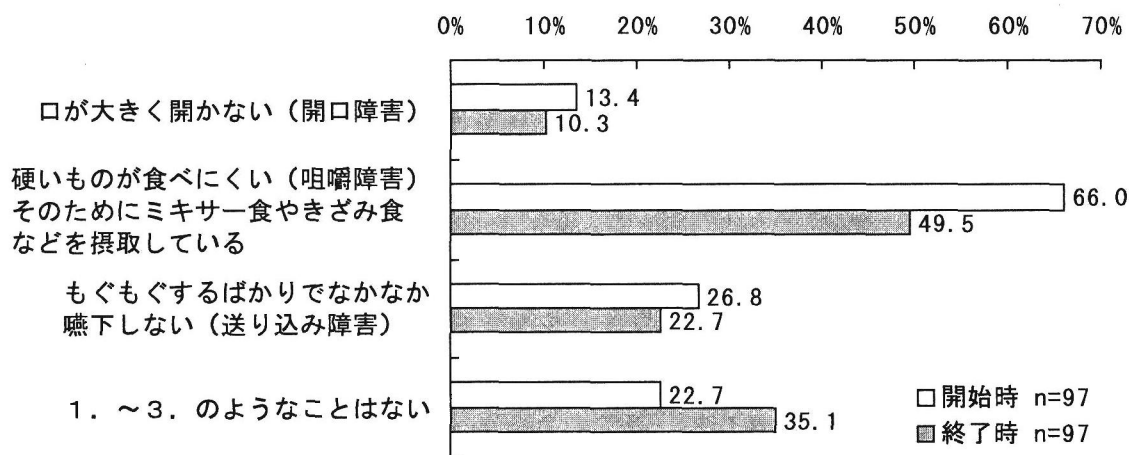
図 3-5-2 認知期の障害（複数回答）



③ 咀嚼・口腔期の障害

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の「咀嚼・口腔期の障害」状況をみると、モデル事業開始時では22.7%はこうした障害はみられなかった。一方、終了時は35.1%となっていた（図 3-5-3）。具体的な障害の内容をみると、「硬いものが食べにくい（咀嚼障害）そのためミキサー食やきざみ食などを摂取している」の割合が66.0%から49.5%となっていた。

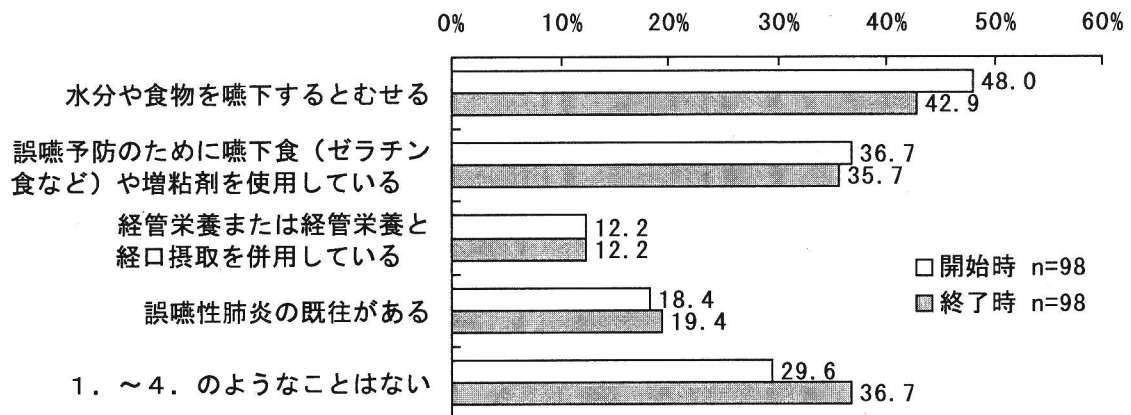
図 3-5-3 咀嚼・口腔期の障害（複数回答）



④ 嚥下・食道期の障害

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の「嚥下・食道期の障害」状況を見ると、モデル事業開始時では29.6%はこうした障害はみられなかった。一方、終了時は36.7%となっていた（図 3-5-4）。具体的な障害の内容をみると、「水分や食物を嚥下するとむせる」の割合が48.0%から42.9%となっていた。

図 3-5-4 嚥下・食道期の障害（複数回答）



(2) アイヒナー分類

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）のアイヒナー分類は以下の通りであった（図 3-5-5, 6, 7）。

図 3-5-5 アイヒナー分類：T-T（現在歯どうしの咬合がある）

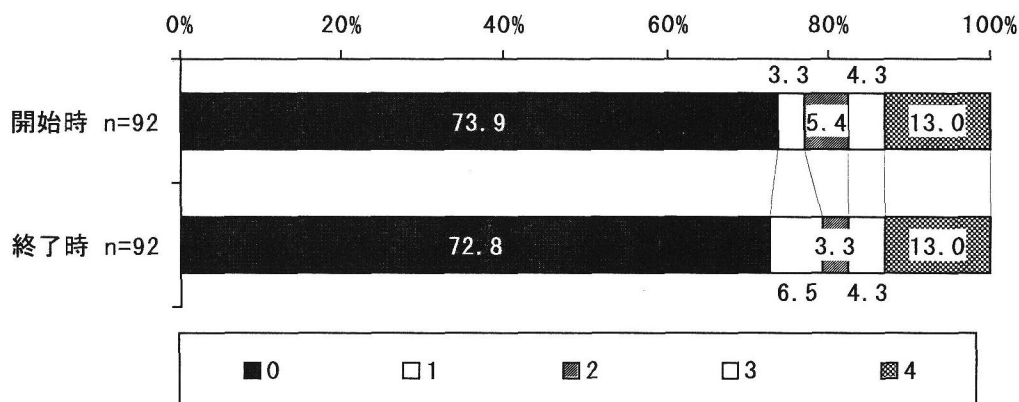


図 3-5-6 アイヒナー分類：T-D（現在歯と義歯の咬合がある）

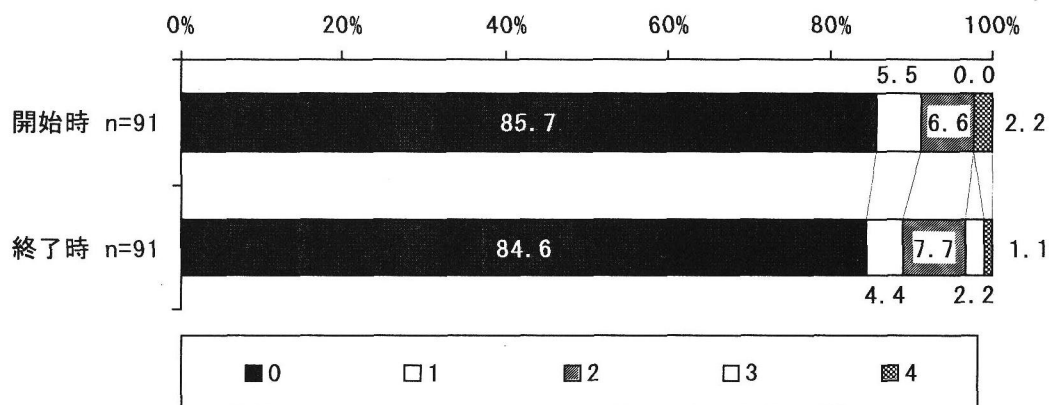
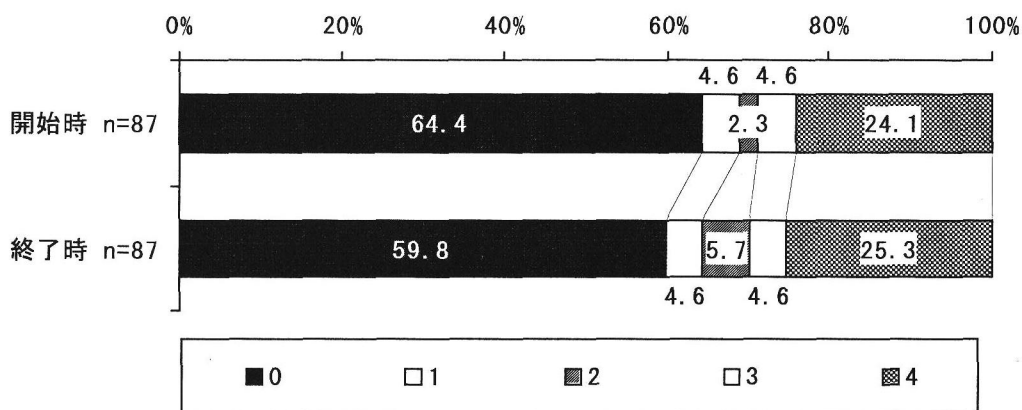


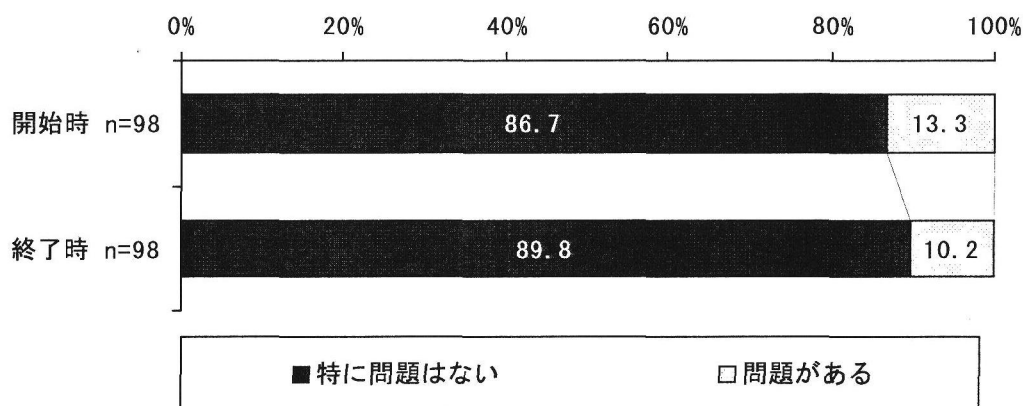
図 3-5-7 アイヒナー分類：D-D（義歯どうしの咬合がある）



(3) 口腔軟組織等の状態

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の口腔軟組織等の状態をみると、モデル事業開始時では「特に問題はない」が86.7%、終了時は89.8%となっていた（図 3-5-8）。

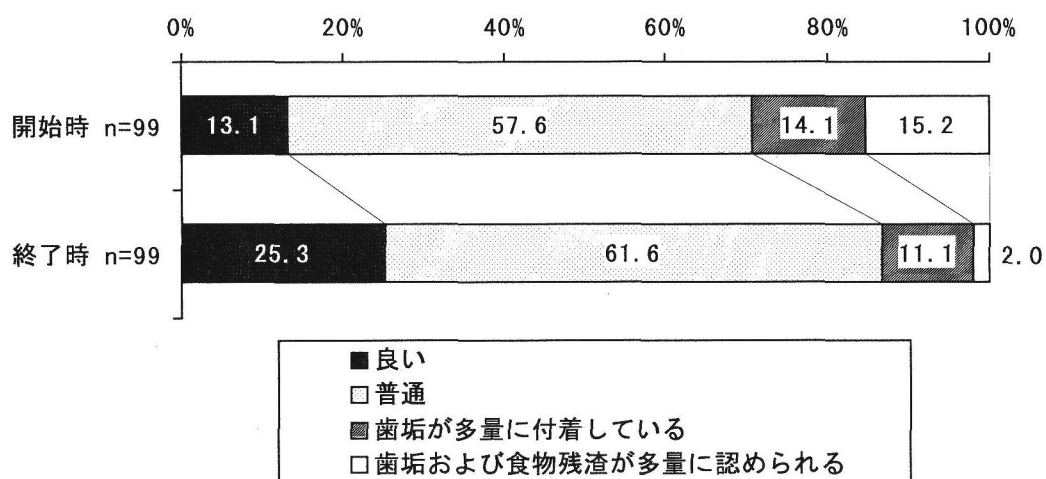
図 3-5-8 口腔軟組織等の状態



(4) 口腔清掃の状況

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の口腔清掃の状況をみると、モデル事業開始時では「良い」が13.1%、終了時は25.3%となっていた（図 3-5-9）。

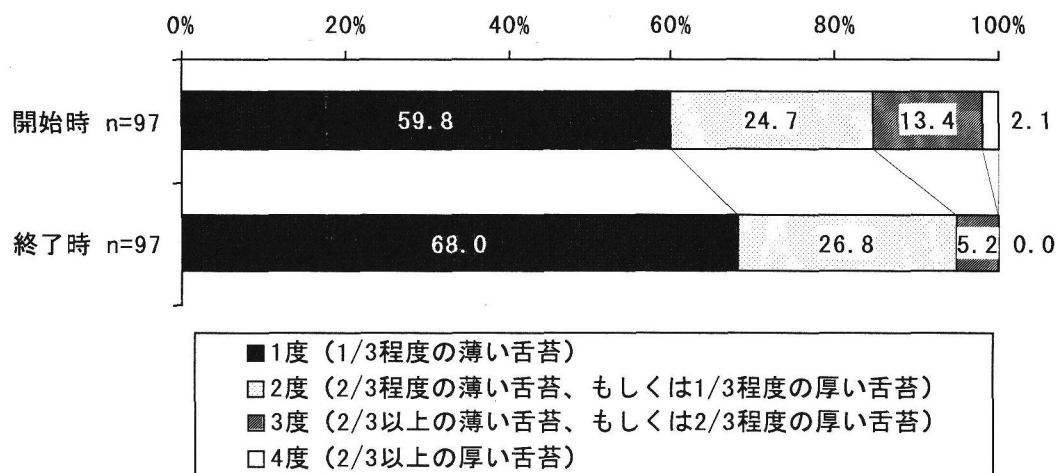
図 3-5-9 口腔清掃の状況



(5) 舌苔量

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の舌苔量をみると、モデル事業開始時では「1度（1/3程度の薄い舌苔）」が59.8%、終了時は68.0%となっていた（図3-5-10）。

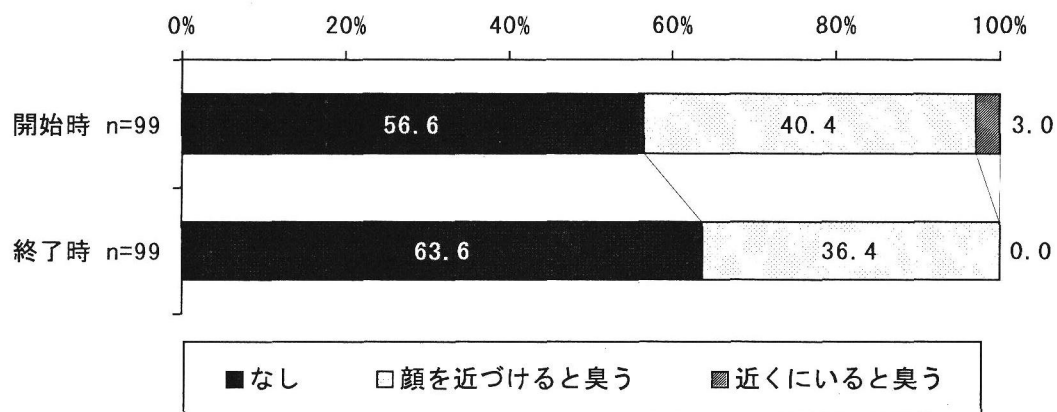
図 3-5-10 舌苔量



(6) 口臭

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の口臭をみると、モデル事業開始時では「なし」が56.6%、終了時は63.6%となっていた（図3-5-11）。

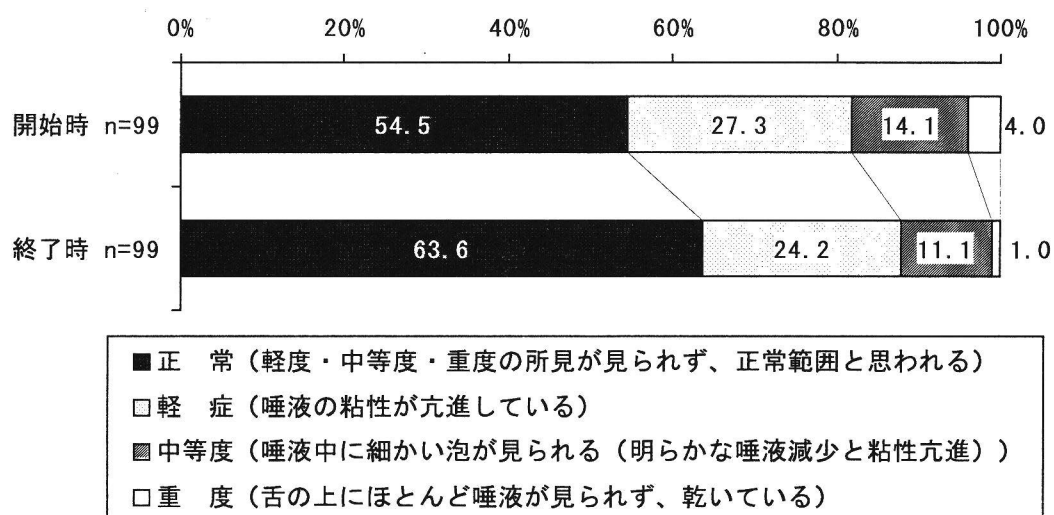
図 3-5-11 口臭



(7) 唾液湿潤度

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の唾液湿潤度をみると、モデル事業開始時では「正常（軽度・中等度・重度の所見が見られず、正常範囲と思われる）」が 54.5%、終了時は 63.6%となっていた（図 3-5-12）。

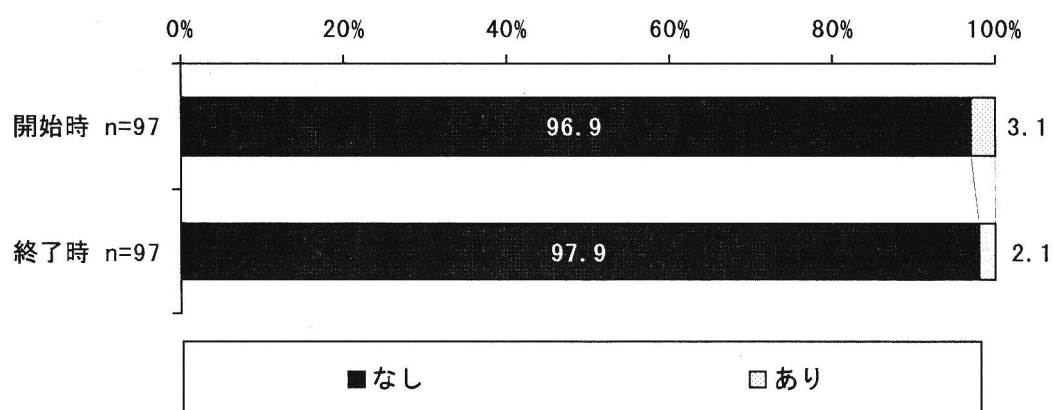
図 3-5-12 唾液湿潤度



(8) 顎関節の異常

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の顎関節の状況は以下の通りであった（図 3-5-13）。

図 3-5-13 顎関節の異常

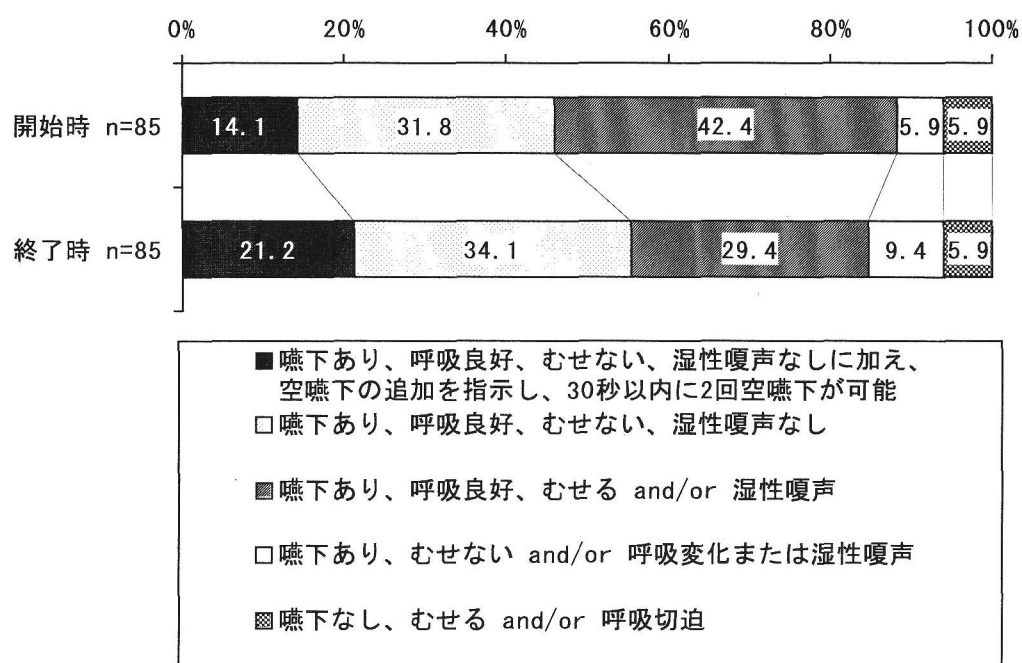


(9) 摂食、嚥下機能

①「改訂水飲みテスト」

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の嚥下機能の変化を評価するために改訂水飲みテストの結果をみると、モデル事業開始時では「嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嚔声なしに加え空嚥下の追加を指示し、30秒以内に2回空嚥下が可能」が14.1%、終了時は21.2%となっていた（図 3-5-14）。

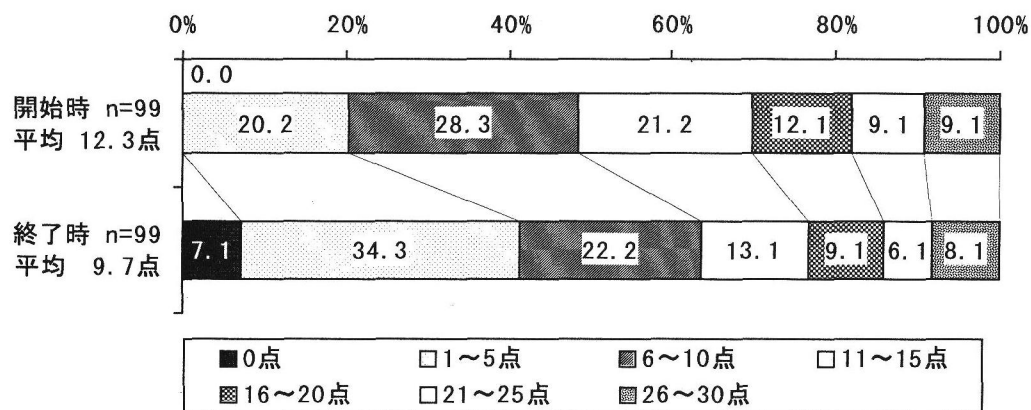
図 3-5-14 改訂水飲みテスト



②「摂食嚥下問診票」

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の摂食嚥下障害の状況について評価するために「摂食嚥下障害問診票」の結果をみると、モデル事業開始時では16点以上の割合が約3割、終了時は約2割となっていた。平均点数については、モデル事業開始時では12.3点、終了時は9.7点となっている（図 3-5-15）。

図 3-5-15 摂食嚥下障害問診票（点数別）

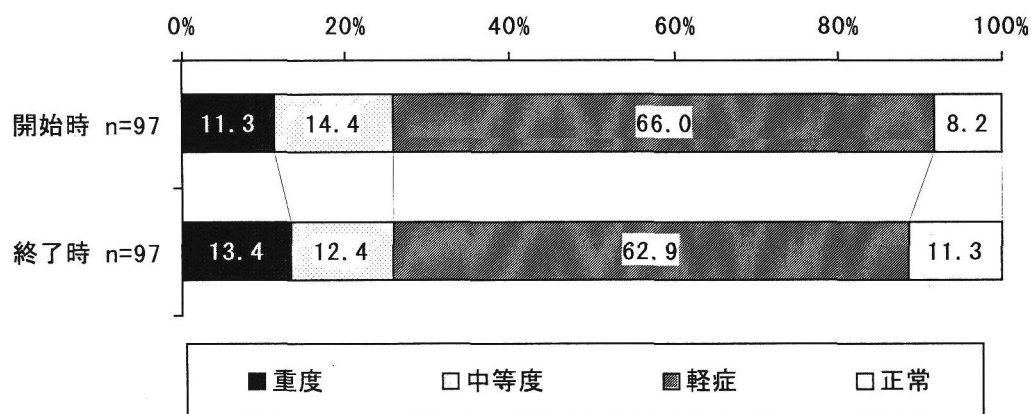


※点数化の集計方法は、「1.繰り返す、明らかに、よくある、たいへん」を2点、「2.一度だけ、わずかに、ときどき」を1点、「3.なし」を0点、「4.判定不能」を2点としてその和を求めた（最高点は30点）。

③「嚥下障害グレード」

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の摂食嚥下障害の状況について評価するために「嚥下障害グレード」の結果をみると、モデル事業開始時では「重度」が11.3%、終了時は13.4%となっていた（図 3-5-16）。

図 3-5-16 嚥下障害グレードの評価



※重度は、「1. 嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし」、「2. 基礎的嚥下訓練の適応あり」、「3. 条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能」の選択肢の和である。

※中等度は、「4. 楽しみとしての摂食は可能」、「5. 一部（1～2食）経口摂取」、「6. 3食経口摂取＋補助栄養」の選択肢の和である。

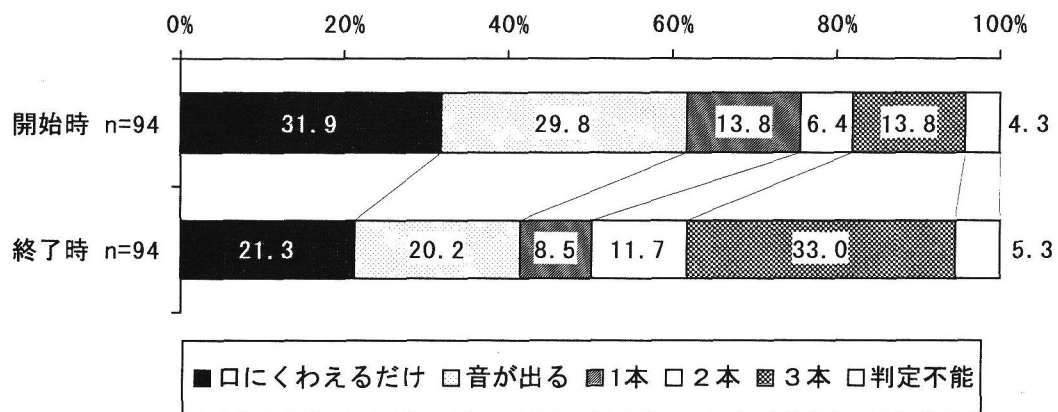
※軽症は、「7. 嚥下食で、3食ともに経口摂取」、「8. 特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取」、「9. 常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を要する」の選択肢の和である。

※正常の選択肢は「10. 正常の摂食嚥下能力」である。

(10) 巻き鳥テスト

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の巻き鳥テストの状況についてみると、モデル事業開始時では「口にくわえるだけ」が 31.9%、終了時は 21.3%となっていた。息を吹いて延ばす棒の数も 3 本が 13.8%から 33.0%となっていた（図 3-5-17）。

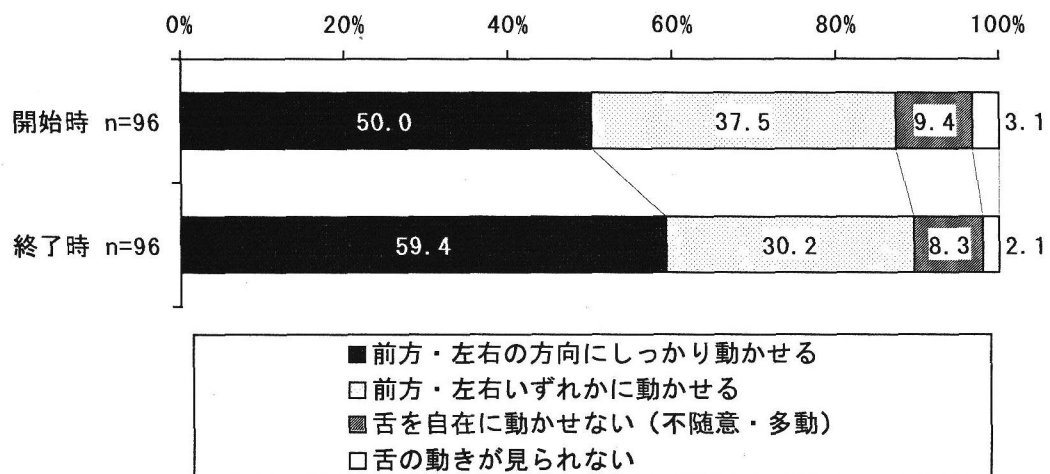
図 3-5-17 巻き鳥テスト



(11) 舌運動

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の舌運動をみると、モデル事業開始時では「前方・左右の方向にしっかり動かせる」が 50.0%、終了時は 59.4%となっていた（図 3-5-18）。

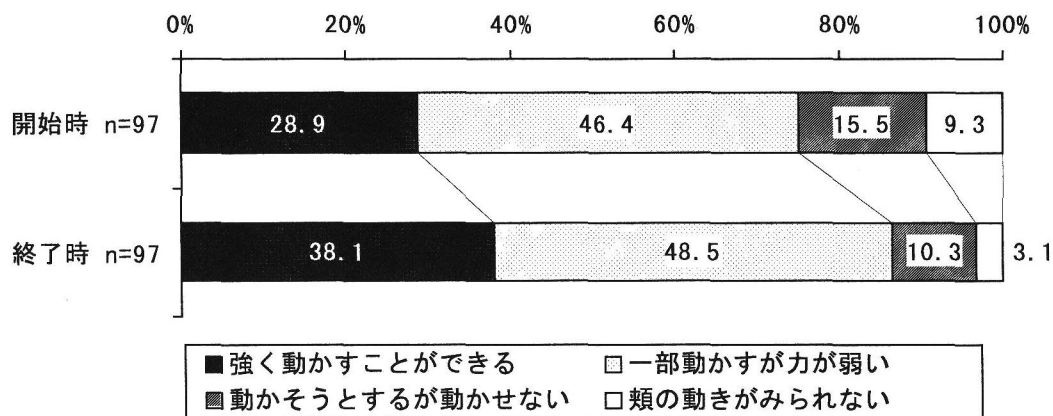
図 3-5-18 舌運動



(12) 頬運動

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の頬運動をみると、モデル事業開始時では「強く動かすことができる」が28.9%、終了時は38.1%となっていた（図 3-5-19）。

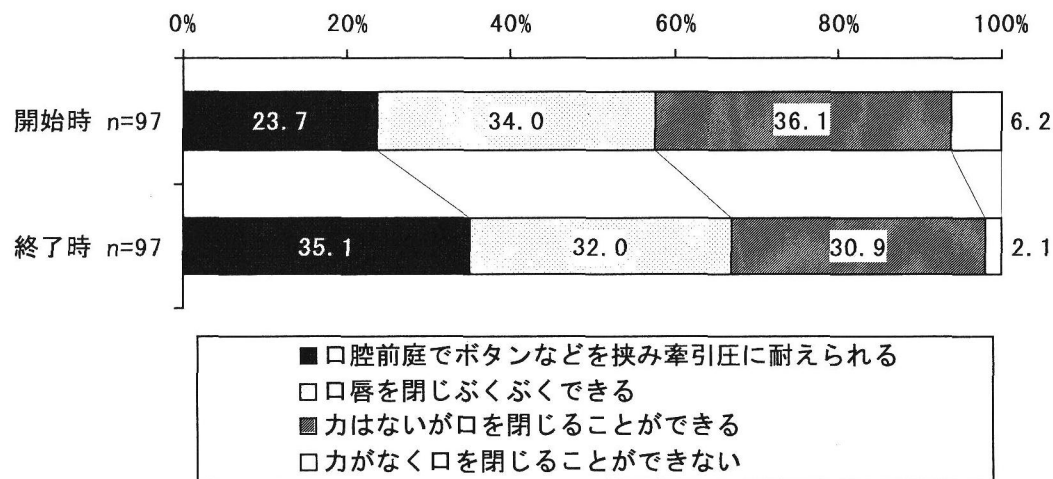
図 3-5-19 頬運動



(13) 口唇運動

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の口唇運動をみると、モデル事業開始時では「口腔前庭でボタンなどを挟み牽引圧に耐えられる」が23.7%、終了時は35.1%となっていた（図 3-5-20）。

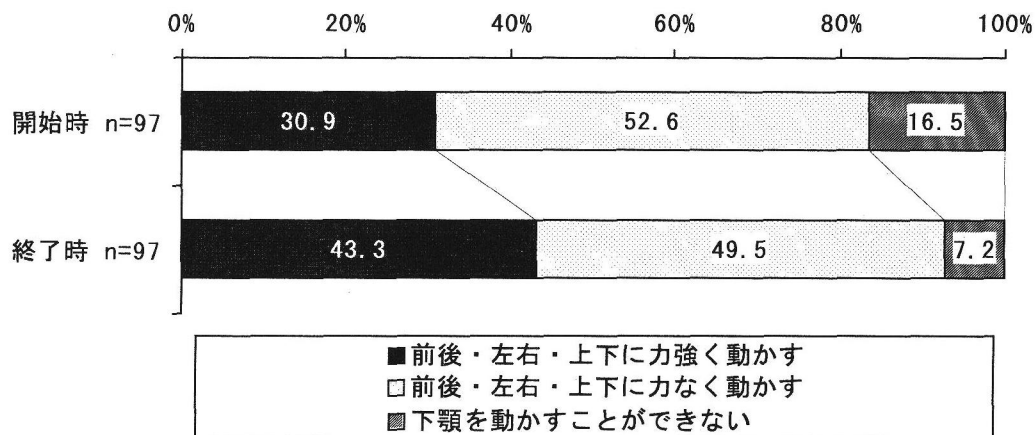
図 3-5-20 口唇運動



(14) 下顎運動

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の下顎運動をみると、モデル事業開始時では「前後・左右・上下に力強く動かす」が 30.9%、終了時は 43.3%となっていた（図 3-5-21）。

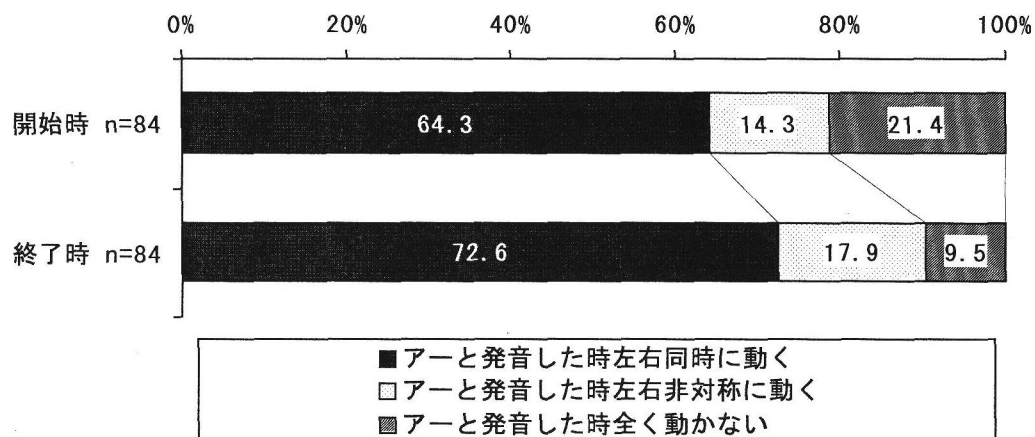
図 3-5-21 下顎運動



(15) 軟口蓋運動

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の軟口蓋運動をみると、モデル事業開始時では「アーと発音した時左右同時に動く」が 64.3%、終了時は 72.6%となっていた（図 3-5-22）。

図 3-5-22 軟口蓋運動

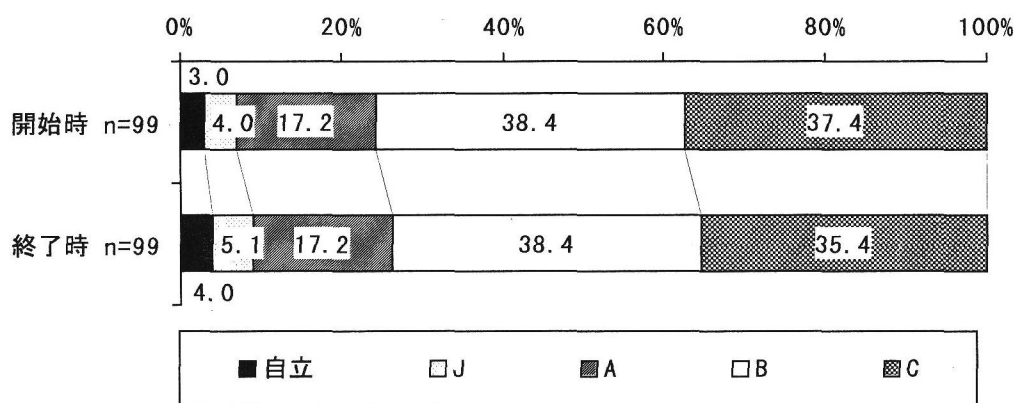


6. 生活自立度の変化に関する分析

(1) 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」の状況をみると以下の通りであった（図 3-6-1）。

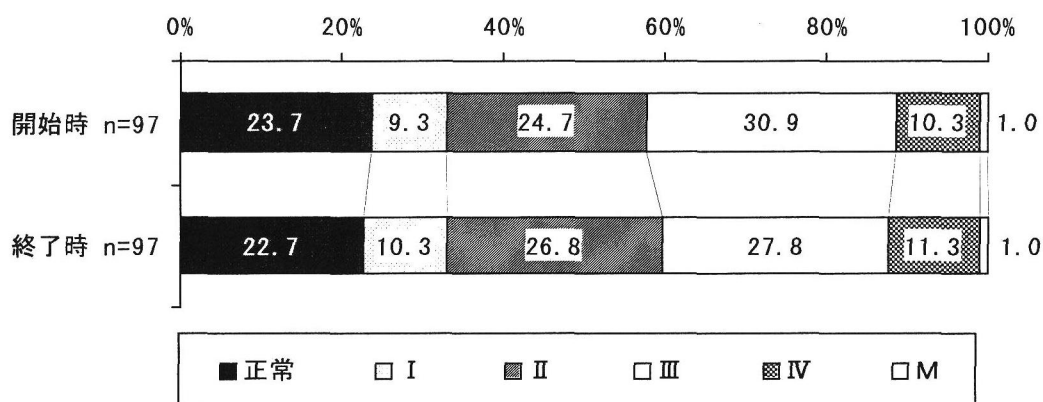
図 3-6-1 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）



(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の「認知症高齢者の日常生活自立度」の状況をみると以下の通りであった（図 3-6-2）。

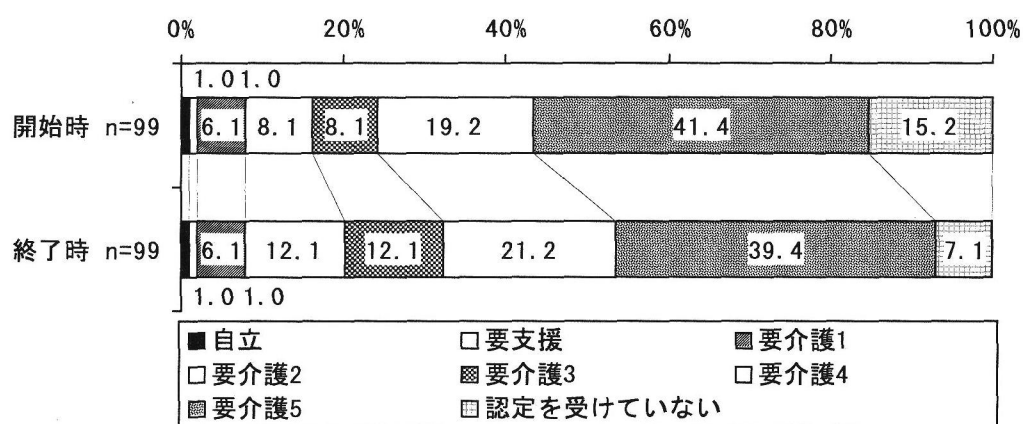
図 3-6-2 認知症高齢者の日常生活自立度



(3) 要介護度(介護保険制度における要介護認定結果)

対象者(入院・入所者、在宅療養者合計)の「要介護度」の状況を見ると以下の通りであった(図 3-6-3)。

図 3-6-3 要介護度(介護保険制度における要介護認定結果)



(4) ADL(Barthel Index)

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の ADL について「Barthel Index」の結果をみると、各 ADL 項目の「介助なし」について 6%程度の変化がみられた（表 3-6-1）。

Barthel Index の点数換算値（平均値）を比較すると次頁の通りであった（表 3-6-2）。

表 3-6-1 Barthel Index

	合計	開始時		終了時	
		介助必要	介助なし	介助必要	介助なし
1) 食事	98	34	64	28	70
	100.0	34.7	65.3	28.6	71.4
2) 車いすとベッド間の移動	99	67	32	61	38
	100.0	67.7	32.3	61.6	38.4
3) 整容	99	89	10	83	16
	100.0	89.9	10.1	83.8	16.2
4) 用便動作	99	76	23	72	27
	100.0	76.8	23.2	72.7	27.3
5) 入浴	97	92	5	93	4
	100.0	94.8	5.2	95.9	4.1
6) 平地歩行	99	77	22	71	28
	100.0	77.8	22.2	71.7	28.3
7) 階段昇降	98	86	12	83	15
	100.0	87.8	12.2	84.7	15.3
8) 更衣	99	81	18	76	23
	100.0	81.8	18.2	76.8	23.2
9) 排便コントロール	99	77	22	71	28
	100.0	77.8	22.2	71.7	28.3
10) 排尿コントロール	99	75	24	69	30
	100.0	75.8	24.2	69.7	30.3

※「介助必要」は一部介助、部分介助と全介助の和を求めた。

※「介助なし」は動作を自分でできると選択した集計結果である。

表 3-6-2 Barthel Index (点数別)

	合計	開始時 (平均値)	終了時 (平均値)
1) 食事	98	5.1	5.8
2) 車いすとベッド間の移動	99	2.9	3.7
3) 整容	99	0.5	0.8
4) 用便動作	99	1.7	2.2
5) 入浴	97	0.3	0.2
6) 平地歩行	99	1.9	2.6
7) 階段昇降	98	0.8	0.9
8) 更衣	99	1.2	1.6
9) 排便コントロール	99	1.6	2.2
10) 排尿コントロール	99	2.0	2.2

※点数化の集計方法は、1) 食事、4) 用便動作、7) 階段昇降、8) 更衣、9) 排便コントロール、10) 排尿コントロールは「介助なし」を10点、「一部介助、介助を要する」を5点、「全介助」を0点、2) 車いすとベッド間の移動、6) 平地歩行は「介助なし」を15点、「最小限の介助」を10点、「一部介助、介助を要する」を5点、「全介助」を0点、3) 整容、5) 入浴は「介助なし」を5点、「全介助」を0点としてその和を求めた。

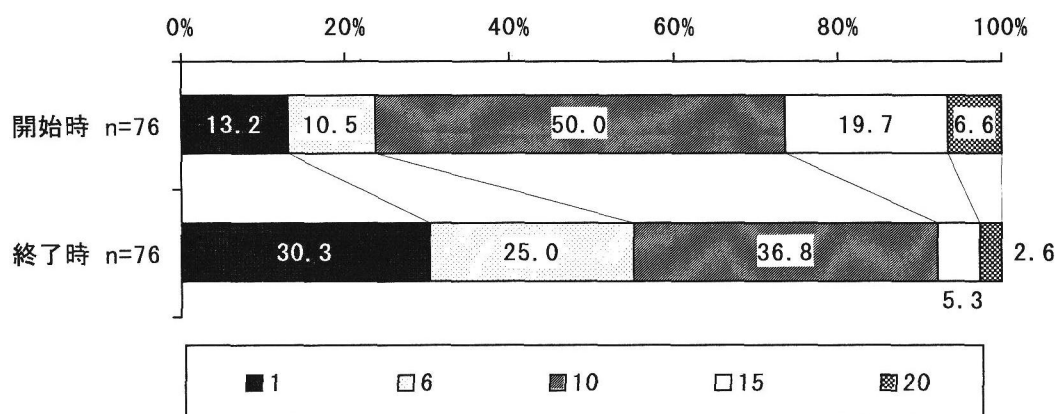
7. 主観的健康状態の変化に関する分析

(1) 健康状態の主観的評価(フェイススケール)

対象者（入院・入所者、在宅療養者合計）の主観的健康状態についてみると、本人評価では、モデル事業開始前ではよい健康状態（「1」、「6」の合計）と評価した割合が約2割、終了時は約6割となっていた（図 3-7-1）。

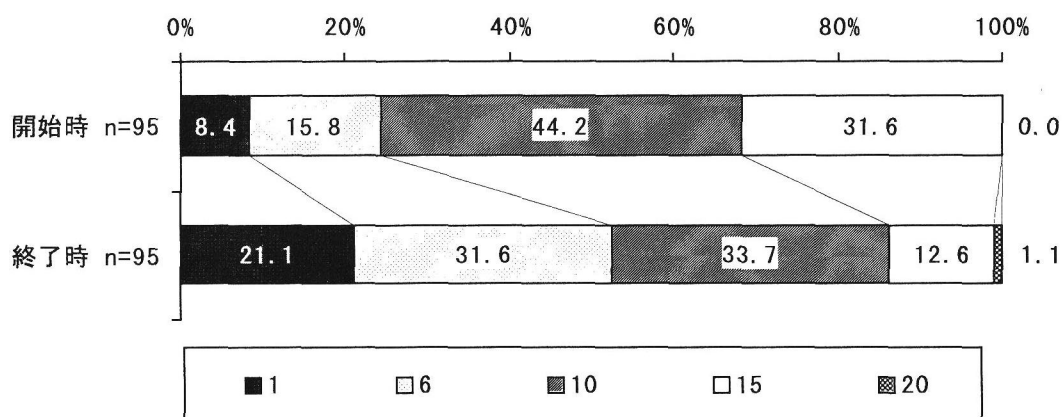
一方、事業実施担当者による評価では、モデル事業開始前ではよい健康状態（「1」、「6」の合計）と評価した割合が約2割、終了時は約5割となっていた（図 3-7-2）。

図 3-7-1 現在の健康状態の表情：本人



注：得点が大きくなるほど主観的健康感が低いことを表現している。

図 3-7-2 現在の健康状態の表情：事業実施担当者



注：得点が大きくなるほど主観的健康感が低いことを表現している。

8. モデル事業の効果検証(統計的検定結果)

(1) 分析対象者について

口腔機能リハビリテーションを対象期間中継続できた（介入前、後両方のデータが揃っている）99名のうち、事前調査で原疾患が急性期（4名）と終末期（1名）であった対象者を除いた回復期、維持期の94名を対象に分析を行った（表 3-8-1）。その理由は、原疾患が急性期ならびに終末期の対象者に対しては口腔機能リハビリテーションを各施設の判断により適切なメニューを選択し実施したため、統一的に評価することには向かないと判断したためである。

表 3-8-1 統計的検証の対象者（居所と原疾患の時期（事前））

		原疾患の時期（事前）		合 計
		回復期	維持期	
居 所	病院・診療所	16	20	36
	施設	0	29	29
	在宅	0	29	29
合 計		16	78	94

表 3-8-2 統計的検証の対象者（性別と年齢）

		年 代				合 計
		69歳以下	70歳代	80歳代	90歳以上	
性 別	男	10	17	12	1	40
	女	5	12	26	11	54
合 計		15	29	38	12	94

(2) 評価項目とカテゴリの再コード化

評価項目として以下の変数を再コード化して統計的検定を行った。

① 栄養状態の評価

- ・ 食事の自立度
- ・ 栄養摂取の方法 (3 分類にコード化)

② 全身状態の評価

- ・ BMI
- ・ 総蛋白
- ・ ヘモグロビン
- ・ リンパ球数
- ・ アルブミン
- ・ 寝たきり度
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度
- ・ 要介護度
- ・ ADL 評価
食事 車いすとベッド間の移動 整容 用便動作 入浴 平地歩行
階段昇降 更衣 排便コントロール 排尿コントロール
- ・ 発熱日数
- ・ 麻痺の状況 (麻痺の部位数として数値化、「なし」は「0」に数値化)
- ・ 拘縮の状況 (拘縮の部位数として数値化、「なし」は「0」に数値化)
- ・ 褥瘡の深度 («なし」を「0」に再コード化)
仙骨部 足と足関節部 大転子部

③ 障害領域に対応した評価

- ・ 義歯の状況 (事前) と歯科治療の必要性 (事後)
- ・ 口腔清掃度
- ・ 舌苔量
- ・ 口臭
- ・ 唾液湿潤度
- ・ 改訂水飲みテスト
- ・ 摂食・嚥下の状況 (4 分類に再コード化)
- ・ 巻き鳥テスト («判定不能」を「0」にコード化)
- ・ 神経学的な状況
舌運動 頬運動 口唇運動 下顎運動 軟口蓋運動

④ エネルギー量

対象者の (必要エネルギー量) - (摂取エネルギー量) が 0 以下を「充足」、
正の値をとる場合を「不足」として再コード化した。

- ・入院・入所者のエネルギー量の変化
- ・在宅療養者のエネルギー量の変化
- ⑤ 心理的状況(5 分類に再コード化)
 - ・自己評価
 - ・他者評価

(3) 方法

① 事前と事後の変化を表す方法

- ・カテゴリデータが順序データの場合は、対象者の事前データと事後データを比較して、「改善」「変化なし」「悪化」という 3 つのカテゴリに分類して評価した。
- ・連続データ（血液検査値等）では事前・事後それぞれの平均値を示した。
- ・エネルギー量の評価では、（必要エネルギー量）－（摂取エネルギー量）が 0 以下を「充足」、正の値をとる場合を「不足」として再コード化し、事前と事後でその分布を評価した。

② 統計学的検定法

- ・項目のカテゴリが順序データの場合は、連続データとみなして、ウィルコクソン符号付順位検定を用いた。
- ・項目のカテゴリが 2 値化データの場合は、マクニマー検定を用いた。
- ・血液検査値等の連続データは、paired t-test を用いた。

(4) 結果

① 介入により事後に有意な改善が認められた項目

介入により事後に有意な改善が認められた項目は以下の 11 項目であった。

介入により最も改善が高かった項目は、「巻き鳥テスト」で 44.9%の者に改善が認められた。「口腔清掃度」「下顎運動」「唾液湿潤度」「口唇運動」の改善率も高く、それぞれ 36.2%, 22.8%, 22.3%, 21.7%であった。健康状態の評価では自己評価、他者評価ともに約 50%の者に改善が認められた。麻痺の数についても有意な減少が認められた (表 3-8-3)。

表 3-8-3 介入により事後に有意な改善が認められた項目

		合計(有効数)	改善	変化なし	悪化	ウィルコクソン符号付順位検定
A D L 評価	用便動作	94	10	82	2	P=0.039
		100.0	10.6	87.2	2.1	
	平地歩行	94	11	81	2	P=0.022
		100.0	11.7	86.2	2.1	
口腔清掃度		94	34	59	1	P<0.001
		100.0	36.2	62.8	1.1	
唾液湿潤度		94	21	65	8	P=0.026
		100.0	22.3	69.1	8.5	
巻き鳥テスト		89	40	43	6	P<0.001
		100.0	44.9	48.3	6.7	
頬運動		91	13	71	7	P=0.001
		100.0	14.3	78.0	7.7	
口唇運動		92	20	69	3	P<0.001
		100.0	21.7	75.0	3.3	
下顎運動		92	21	68	3	P<0.001
		100.0	22.8	73.9	3.3	
軟口蓋運動		81	16	60	5	P=0.027
		100.0	19.8	74.1	6.2	
健康状態の 評価	自己評価	73	38	30	5	P<0.001
		100.0	52.1	41.1	6.8	
	他者評価	90	43	40	7	P<0.001
		100.0	47.8	44.4	7.8	

※上段：人数、下段：%

	介入前	介入後	ウィルコクソン符号付順位検定
有効数	94	92	$P=0.049$
麻痺の数 平均値	1.19	1.02	

② 介入後に有意な悪化が認められた項目

介入後に有意な悪化が認められた項目は以下の1項目であった（表 3-8-4）。

表 3-8-4 介入後に有意な悪化が認められた項目
エネルギー量の充足

		エネルギー量の差 (入院・入所者) 事後		合計	マクニマー 検定
		充足	不足		
エネルギー量の差 (入院・入所者) 事前	充足	30	8	38	$P=0.039$
	不足	1	17	18	
合計		31	25	56	

9. 選択メニューの実施状況

口腔機能リハビリモデル事業では、回復期、維持期の患者に対しては、基本メニュー、直接メニューに加え、各施設の判断により必要に応じて選択メニューが実施された（第1章、表 1-2-6 参照）。

以下は、回復期、維持期の対象者に実施された選択メニューの種類別延べ実施回数について頻度の高いものから順に示している（表 3-9-1, 2, 3）。

表 3-9-1 選択メニューの実施状況

＜口腔清掃（一般的&専門的）を目的として実施された選択メニュー＞

選択メニュー	延べ実施回数 (回)
口腔清掃（義歯の清掃及び管理を含む）	3,186
口腔状態の観察 （舌苔、前歯の黒色カリエスの有無、義歯装着の有無）	2,033
専門的口腔清掃	888
口腔ケア	243
ブラッシング行為自立を目的とした学習訓練 （起坐、座位、立位訓練）	174
姿勢体位の確認（30度、60度、90度）	106
口腔周囲を刺激する（頬、口唇のマッサージ）	100
診断・評価・判断（特記すべき検査値等）	72
口腔機能評価と疾病治療	44
口腔清拭	35
起坐・座位・立位訓練	24
座位の確保	22
訓練プログラムの立案	14
段階的食物状態の対応	8
Shaker exercise（頭部挙上訓練）	7
寒冷刺激法（咽頭マッサージ）	6
段階的摂食訓練（形態、味、量）	5
リスク管理（誤嚥性肺炎などの予防処置）	1
歯科的治療（義歯調整・適合、顎補綴等の治療）	1
食塊形成補助食調理の指示・段階的食物性状の対応 （施設の食事メニューに合わせる）	1
全身的治療（処方薬の記載）	1

表 3-9-2 選択メニューの実施状況

<治療（医科&歯科）を目的として実施された選択メニュー>

選択メニュー	延べ実施回数 (回)
全身的治療（処方薬の記載）	305
姿勢体位の確認（30度、60度、90度）	276
リスク管理（誤嚥性肺炎などの予防処置）	251
寒冷刺激法 or 氷なめ訓練	215
診断・評価・判断（特記すべき検査値等）	215
寒冷刺激法（咽頭マッサージ）	168
歯科的治療（義歯調整・適合、顎補綴等の治療）	140
口腔機能評価と疾病治療	112
専門的口腔清掃	47
口腔ケア	40
Shaker exercise（頭部挙上訓練）	27
訓練プログラムの立案	16
ブラッシング行為自立を目的とした学習訓練 （起坐、座位、立位訓練）	9
呼吸訓練	8
構音訓練 （パ行、ガ行発音、タ・カ・ラ・テ・ト発音、母音の発音）	8
段階的摂食訓練（形態、味、量）	1

表 3-9-3 選択メニューの実施状況

<リハビリ全般&口腔機能リハビリ等を目的として実施された選択メニュー>

選択メニュー	延べ実施回数 (回)
筋力増強訓練	999
頸部・体幹機能の改善	815
上肢機能強化	745
姿勢体位の確認（30度、60度、90度）	724
座位の確保	672
関節可動域訓練（頸部・体幹）	626
摂食姿勢の強化	554
構音訓練	436
起坐・座位・立位訓練	423
頸部のリラクゼーション	423
食塊形成補助食調理の指示・段階的食物性状の対応 （施設の食事メニューに合わせる）	297
段階的食物状態の対応	268
段階的摂食訓練（形態、味、量）	250
嚥下パターン訓練	230
ストロー訓練（ブローイング）	169
寒冷刺激法（咽頭マッサージ）	167
ブラッシング行為自立を目的とした学習訓練 （起坐、座位、立位訓練）	138

1. 飯南町立飯南病院(介護老人福祉施設入所者)

＜対象者の属性＞ プログラム開始前	
施設コード	16
対象者連番	08
年齢	77 歳
性別	女性
居住	介護老人福祉施設
原疾患	アルツハイマー型認知症 てんかん
原疾患の時期	維持期
その他疾患・既往歴	乳がん、肺疾患
要介護度	要介護 5
栄養摂取状況	
摂取経路	経口摂取なし。平成 11 年より胃瘻より全量摂取。

『対象症例の課題』

- ①口腔機能障害については、主に口腔期の障害の原因となる認知障害がみられる。
Ex)食物を上手く認識できなくなる。
- ②6年間という長期間経口摂取をしていないことにより、廃用症候群が疑われる。
これにより飲み込む機能の低下も十分に考えられる。
プログラム開始前は、上記の状況であった。

＜実施されたリハビリメニューの項目および期間＞

メニュー	項目	実施頻度	実施者	実施期間
基本メニュー	呼吸訓練 頸部のリラクゼーション 口唇・舌・顎の運動 ブローイング(巻き鳥)	3 回/週		平成 16 年 11/23～ 平成 17 年 2/2 まで
直接メニュー	顔面マッサージ	3 回/週		
選択メニュー	口腔ケア	2 回/日	NS	
独自メニュー	ジュースを含んだスポンジを口に含ませる	おやつ の時間		

＜目標設定と結果＞

期間	目標	結果(本人・専門職種)
1ヶ月目	口腔環境を整える	—
2ヶ月目	開眼時間の延長 表情の表出機会の増加	—
3ヶ月目	スポンジが吸える	—

＜神経学的な状況＞

運動部位	開始時	終了時
①舌運動	舌を自在に動かせない(不随意・多動)	舌を自在に動かせない(不随意・多動)
②頬運動	頬の動きがみられない	頬の動きがみられない
③口唇運動	力がなく口を閉じることができない	力がなく口を閉じることができない
④下顎運動	下顎を動かすことができない	下顎を動かすことができない
⑤軟口蓋運動	アーと発音した時全く動かない	アーと発音した時全く動かない

『考察』

6年間という長期に及んだ非経口摂取ということもあり、3ヶ月という短期の訓練プログラムでは、改善は困難であった。しかし、訓練メニューの一つである「ジュースを含んだスポンジを吸わせる」ということができるようになったのは、大きな変化である。今後もこの訓練を継続していけば、完全に経口摂取ということは不可である可能性は高いが、楽しみ程度の経口摂取が可能になることも期待できるかもしれない。リハビリテーションの継続が望まれる。



2. 鏡野町国保上齋原歯科診療所(在宅療養者)

＜対象者の属性＞ プログラム開始前	
施設コード	17
対象者連番	04
年齢	79 歳
性別	男性
居住	在宅
原疾患	脳血管障害、認知症
原疾患の時期	維持期
その他疾患・既往歴	誤嚥性肺炎、栄養失調
要介護度	要介護 5
栄養摂取状況	
摂取経路	一部経口摂取で不足分を胃瘻より摂取
食形態(経口)	重湯／ゼリー
食事の自立度	全介助
食事時間	30 分以上
食事姿勢	座位(90 度)

『対象症例の課題』

- ①口腔機能障害の原因として脳血管障害の既往がある。
- ②口腔機能障害については、主に口腔期の障害の原因となる認知障害がみられる。
Ex) 食物を上手く認識できなくなるなど。
- ③誤嚥性肺炎の既往がある。
- ④栄養失調とのコメントがあり十分に栄養を摂取できていない可能性が高い。
プログラム開始前は、上記の状況であった。

※脳梗塞の発症後に徐々に経口摂取量が減少し、何度も発熱を繰り返すことが多くなった。そのため、食事が取れなくなり、栄養失調に至った。その後、胃瘻を造設したという経緯がある。

※プログラム開始後では、食事時間、栄養摂取方法などに変化はないが、全介助だったものが一部介助、食形態では、重湯から全粥、ゼリーから軟菜へとアップしている。また、発熱も月に3回も見られたが、それも改善。

＜実施されたリハビリメニューの項目および期間＞

メニュー	項目	実施頻度	実施者	実施期間
基本メニュー	呼吸訓練 頸部のリラクゼーション 口唇・舌・顎の運動 ブローイング(巻き鳥)	1回／週	歯科医師 歯科衛生士	平成 16 年 10/21～ 平成 16 年 2/16 まで
直接メニュー	主食・副食	3回／日		
選択メニュー	ブラッシング行為自立を目的とした 学習訓練 専門的口腔清掃 口腔ケア 寒冷刺激(咽頭マッサージ)	1回／週		
	口腔状態の観察 姿勢体位の確認 全身の治療	2日程度／週		
独自メニュー	実施せず	—		

※要介護5ということで、座位が保てないということもあり、主に姿勢に関するメニューが多く見られた。

●1ヶ月目

目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

変化なし

目標達成

[illegible]

食形態（区分）

主食：五分粥、ゼリー、もしくは介護食用寒天が食べられる。

ティースプーン一杯 (3~4cc) が飲める。

副食：ゼリー、もしくは介護食用寒天、ティースプーンの水にとろみをつけたもの、少量の水（とろみ調整済み）が飲める。

目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

変化なし

目標達成

[illegible]

食形態（区分）

主食：五分粥、ゼリーもしくは介護食用寒天が食べられる。

副食：極きざみ・ペースト・ミキサー、ゼリーもしくは介護食用寒天が食べられる。

●3ヶ月目

目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

変化なし

目標達成

[illegible]

食形態（区分）

主食：七分粥、五分粥、ゼリーもしくは介護食用寒天が食べられる。

副食：粗きざみ、極きざみ・ペースト・ミキサー、ゼリーもしくは介護食用寒天が食べられる。

最終目標

座位にて自力で経口摂取を行い、一日の必要な栄養を補えるようにする。

※元より経口摂取量が少ないという点から、目標設定もレベルは低めに設定してあるが、専門職種の評価がやや低い。しかし、発熱を起こさないという項目のみ、両者間で高値の値を示している。

＜神経学的な状況＞

運動部位	開始時	終了時
①舌運動	前方・左右の方向にいずれかに動かせる	前方・左右の方向にしっかり動かせる
②頬運動	動かそうとするが動かせない	一部動かすが力が弱い
③口唇運動	力はないが口を閉じることができる	口唇を閉じぶくぶくできる
④下顎運動	前後・左右・上下に力なく動かす	前後・左右・上下に力なく動かす
⑤軟口蓋運動	アーと発音した時左右非対称に動く	アーと発音した時左右非対称に動く

※基本メニューは、週に一回程度と回数的には少ないが3項目で改善がある。特に認知症があるため、口腔期に問題が多いが口唇運動では口唇を閉鎖しぶくぶくできるのが可能になったことは大きな改善である。

『考察』

食事状態は、事前と事後で大きな変化はみられなかったが、評価項目を見ていくと以下のような変化が記述できる。第一に月3回の発熱が全く無くなっているということである。これは、誤嚥が減少したということと、栄養摂取量がやや増加したということで体力の増強もあり得る。また他の要素としては、口腔ケアの実施により口腔内細菌の減少も一つであろう。

今回のプログラムでは、達成された目標は少ないが、全く効果がなかったわけではない。このメニューをさらに続けていくことで効果がでる可能性も大いに考えられ、今後もリハビリテーションを継続することが望ましい。

3. 北広島町芸北歯科診療所(在宅療養者)

＜対象者の属性＞ プログラム開始前	
施設コード	21
対象者連番	06
年齢	72 歳
性別	男性
居住	在宅(通所介護利用)
原疾患	脳血管障害
原疾患の時期	維持期
その他疾患・既往歴	上下肢(利き手側麻痺)、上肢・体幹(拘縮)、加齢による機能低下、誤嚥性肺炎
要介護度	要介護 5
栄養摂取状況	
摂取経路	経口摂取
食形態	ご飯(軟食)・七分粥／粗きざみ・軟菜
食事の自立度	一部介助
食事時間	30 分以上
食事姿勢	座位(90 度)

『対象症例の課題』

- ①口腔機能障害の原因の一つとして脳血管障害の既往がある。
 - ②誤嚥性肺炎の既往がある。
 - ③四肢に麻痺および拘縮が見られる。(一部介助にて食事を摂取しているが、自己での摂食コントロールが困難)
 - ④加齢による機能低下。(嚥下機能の反射の低下が考えられる)
- プログラム開始前は、上記の状況であった。

※脳梗塞の発症後は、気管切開が行われ、約 5 ヶ月間は経管栄養であった。その後、呼吸訓練を開始後に気管口閉鎖。徐々に経管栄養口からの摂食訓練を開始した。原疾患発症後から 15 ヶ月後に全粥の経口摂取が可能となり、退院自宅療養となった。

※【摂食・嚥下障害に関する問診】において、食べにくい・飲みにくい・のどに食べ物が残る感じがあり、咽頭部の障害が疑われた。プログラム開始後では、食事時間、栄養摂取方法などに変化はないが、食形態では、七分粥も摂取していたが、ご飯(軟食)のみに改善し、副食においては、粗きざみ・軟菜から一口大へと変化した。また、【摂食・嚥下障害に関する問診】の項目に関しても改善が見られた。

<実施されたリハビリメニューの項目および期間>

メニュー	項目	実施頻度	実施者	実施期間
基本メニュー	呼吸訓練 頸部のリラクゼーション	3回／週	看護師 理学療法士 歯科医師 ヘルパー 歯科衛生士	平成 16 年 10/22～ 平成 17 年 1/21 まで
	口唇・舌・顎の運動	1回／週 毎日	歯科医師 ヘルパー 歯科衛生士	
	ブローイング(巻き鳥)		看護師 家族 歯科医師 ヘルパー	
直接メニュー	主食・副食	3回／日		
選択メニュー	専門的口腔清掃 座位の確保 頸部・体幹機能の改善 筋力増強訓練 頸部のリラクゼーション 関節可動域訓練(頸部・体幹)	1回／週		
		2日程度／週		
独自メニュー	散歩 神楽鑑賞 ボールころがし	1回／週		

※要介護5であり、座位が保てないということもあり、主に姿勢や筋力増幅に関するメニューが多く見られた。また、多くの職種が関与しているのもこの症例の特徴である。



目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

目標達成

[illegible]

主食：七分粥が食べられる。

副食：粗きざみが食べられる。

目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

目標達成

[illegible]

主食：ご飯（軟食）・全粥が食べられる。

副食：一口大が食べられる。

目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

目標達成

[illegible]

主食：ご飯（軟食）・全粥が食べられる。

副食：軟菜が食べられる。

最終目標

摂食時に口角より食べ物、飲み物がこぼれないようにする。むせないようになる。
 しっかり飲み込んで口の中に食事の残渣が残らないようにする。
 口腔ケアを習慣にする。

※3 ヶ月の目標内容を同じものに限定し、レベルをしっかり上げていることが、非常に明確である。比較がし易く、本人の意欲にも繋がるよい目標設定である。
 また、経過を追っていくと、1 ヶ月目では、本人と実施者の達成度に若干相違が見られる。しかし、見事3 ヶ月目では、一致している。このことも、目標であった「リハビリメニューの把握」が達成された証拠であろう。最終目標に関してもプログラム終了後も継続して行っていくように習慣づけさせているということも注目すべき点である。

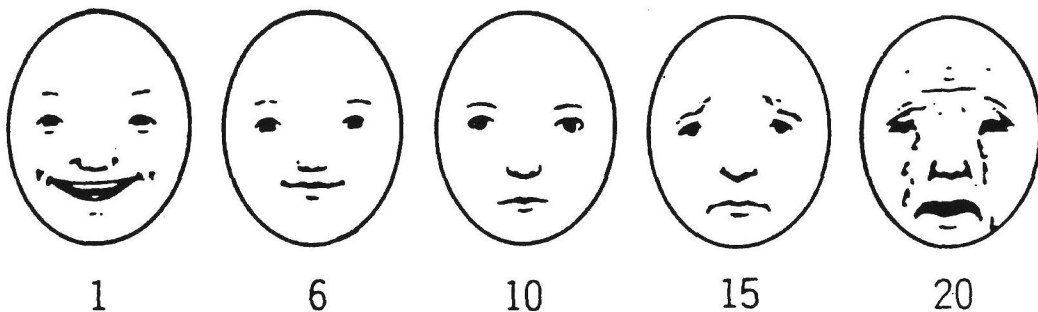
<神経学的な状況>

運動部位	開始時	終了時
①舌運動	舌を自在に動かせない(不随意・多動)	前方・左右いずれかに動かせる
②頬運動	一部動かすが、力が弱い	強く動かすことができる
③口唇運動	力はないが口を閉じることができる	口唇を閉じぶくぶくできる
④下顎運動	前後・左右・上下に力なく動かす	前後・左右・上下に力強く動かす
⑤軟口蓋運動	アーと発音した時全く動かない	アーと発音した時左右非対称に動く

※すべての項目において改善が見られている。中でも、ブローイング（巻き鳥）は毎日実施しており、その効果がよく現れており、頬、口唇、軟口蓋の運動に寄与したと考えることができる。

健康状態の評価

本人：10→1 事業実施担当者：15→6



『考察』

評価項目の【神経学的な状況】から判断しても、大きな改善がみられるが、本症例の非常に良い点は、目標設定に一貫性を持たせていること、また、ブローイングなど「目で見て効果がわかる訓練」を毎日実施しているということである。このように本人に明確に訓練効果を見せることにより、モチベーションを高めることもでき、評価する側も数値として評価できるので経過を追って比較しやすいという利点がある。心理的状況の変化からみてもそれを伺えることができる。

4. 国保平戸市民病院(入院患者)

＜対象者の属性＞ プログラム開始前	
施設コード	27
対象者連番	01
年齢	81 歳
性別	女性
居住	病院
原疾患	脳血管障害(後遺症として軽度の言語障害、四肢不全麻痺)
原疾患の時期	回復期
その他疾患・既往歴	高血圧、誤嚥性肺炎
要介護度	介護認定は受けていない
栄養摂取状況	
摂取経路	三食経口摂取
食形態	ご飯(普通)／軟菜
食事の自立度	自立
食事時間	20～30 分未満
食事姿勢	座位(90 度)

『対象症例の課題』

- ①口腔機能障害の原因の一つとして脳血管障害の既往がある。さらに発症後 4 ヶ月しか経過していない。
- ②誤嚥性肺炎の既往があり、プログラム開始前に一度経口摂取中止となっている。
- ③脳血管障害の後遺症により、四肢不全麻痺があり ADL で介助を必要とする項目が多く、食事のペースやタイミングを自分で調節することが困難。
- ④言語障害がみられること。(軟口蓋の挙上不全が考えられる。)

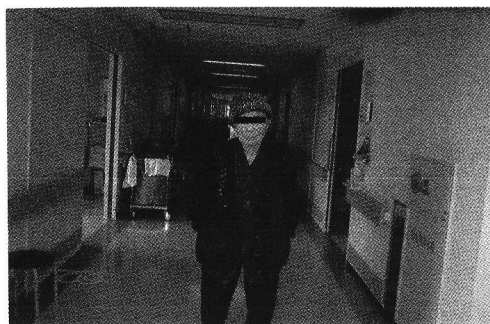
プログラム開始前は、上記の状況であった。

※プログラム開始後は、身体的には四肢不全麻痺があり、ADL においても介助が必要な項目が多いが、口腔機能障害は軽度の症例である。しかし、原疾患の発症後に食事を開始後、発熱し経口摂取中止になっている。これが原因で、本症例の方は「口から食べられない」といことで精神的に大きなダメージを受け、不安定な状況が続いた。改善された項目は、食事時間が短縮されたことと、発熱がなくなったことの 2 点である。また、開始前は介護認定を受けていないが、事後の評価では要介護 2 となっている。これは、介護度が悪化したのではなく、脳血管障害の発症 4 ヶ月後でありプログラムの途中で認定を受けたものと考えられる。現にその他の項目については、悪化している項目は見られない。また、四肢不全麻痺だけでなく言語障害が見られることも口腔機能障害には、重要なポイントである。その原因としては、軟口蓋の挙上不全が考えられ、軟口蓋が上手く上がらないことにより口腔と鼻腔をしっかりと閉鎖することができず、声が口からだけでなく鼻からも漏れてしまうことでしっかりとした構音ができないためである。また、軟口蓋は、食物を飲み込むときにも口腔と鼻腔

を閉鎖するので、それが不全となると、嚥下障害も出てくるが多くなるのである。つまり、言語障害がある方は、嚥下障害を持っていることが非常に多い。これらの理由からも言語聴覚士が口腔機能障害の治療に携わることは重要な意味がある。この症例もその一つである。

＜実施されたリハビリメニューの項目および期間＞

メニュー	項目	実施頻度	実施者	実施期間
基本メニュー	呼吸訓練 頸部のリラクゼーション 口唇・舌・顎の運動 ブローイング(巻き鳥)	ほぼ1日 おきごと	歯科医師 介護員 看護師	平成 16 年 10/27～ 平成 17 年 1/26 まで
直接メニュー	主食・副食	毎日 3 回／日		
選択メニュー	口腔清掃(専門的を含む) 寒冷刺激 or 氷なめ訓練	ほぼ毎日		
	頸部・体幹機能の改善 筋力増強訓練 上肢機能強化	3 日程度／週		
独自メニュー	音楽療法 各種ゲーム プッシング、プリング、チフティング	毎日		



目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

目標達成

食形態（区分）

副食：極きざみ・ペースト・ミキサー、ゼリーもしくは介護食用寒天が食べられる。

目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

目標達成

食形態(区分)

副食：一口大、粗きざみが食べられる。

目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

目標達成

食形態(区分)

副食：軟菜が食べられる。

座位にて自力で経口摂取ができる。

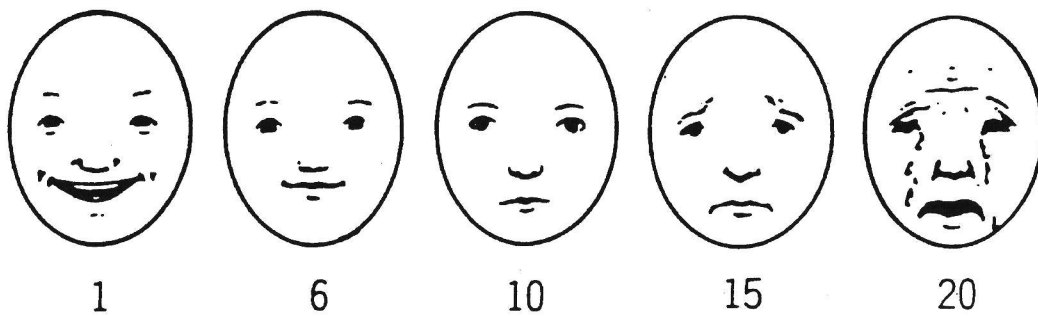
＜神経学的な状況＞

運動部位	開始時	終了時
①舌運動	前方・左右の方向にしっかり動かせる	前方・左右の方向にしっかり動かせる
②頬運動	強く動かすことができる	強く動かすことができる
③口唇運動	口腔前庭でボタンなどを挟み牽引力に耐えられる	口腔前庭でボタンなどを挟み牽引力に耐えられる
④下顎運動	前後・左右・上下に力なく動かす	前後・左右・上下に力強く動かす
⑤軟口蓋運動	アーと発音した時全く動かない	アーと発音した時に左右同時に動く

＊改善が見られた重要な項目としては、⑤軟口蓋の運動である。全く動かなかったものが、左右同時に動くようになった。

健康状態の評価

本人：10→1 事業実施担当者：10→1



＊経口摂取を開始したことにより、不安が解消され、心理状況にも改善が見られている。

『考察』

脳血管障害の発症後4ヵ月後であり、積極的なリハビリテーション実施期ということで目標設定数が多く、やや設定レベルも高い。また、口腔機能障害においては、機能的障害は軽度であり、選択メニューは歩行や筋力に対するリハビリメニューが多く見られた。

また、基本メニューはすべて行っているが、口腔周囲筋より四肢訓練に重点を置いているということもあり、ADL項目での改善が著しい。しかし、これらの回復により体力増幅や呼吸筋の訓練となり間接的に経口摂取にもよい影響を与えたのであろう。さらに、プログラム以前に発熱後、経管栄養になっていたことから心理的に不安が大きかったが、直接訓練の開始から経口摂取に徐々に移行することで、本人の精神状態にも良い影響を与えている。

こういった状況からも考えられるように、「熱＝経口摂取中止」ではなく、ではそうなった場合にどのように対処するかが重要である。症状に見合った訓練、リハビリを行う、機能に合わせた食形態を考慮したり、食べ方の工夫などの提案もNST

の重要な役割の一つである。本症例では、それら摂食に対する NST の包括的な役割が十分に発揮されていると言える。

5. 佐久市立国保浅間総合病院(在宅療養者)

＜対象者の属性＞ プログラム開始前	
施設コード	10
対象者連番	05
年齢	86 歳
性別	女性
居住	在宅(訪問歯科診療利用者)
原疾患	脳血管障害(後遺症なし)
原疾患の時期	維持期
その他疾患・既往歴	高血圧、月に 2 日の 37 度以上の発熱
要介護度	要介護 4
栄養摂取状況	
摂取経路	三食経口摂取
食形態	ご飯(軟食)／軟菜 液体にはとろみを付与
食事の自立度	見守りが必要、水分にてむせがある。
食事時間	20～30 分未満
食事姿勢	座位(90 度)

『対象症例の課題』

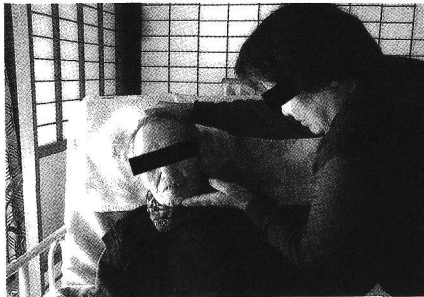
- ①原疾患の発症前と比較し、食事時間の延長が見られる。
- ②とろみを付与していない液体でのむせの頻度の増加がある。
- ③硬い物を食べることが困難。
- ④口腔機能障害の原因の一つとして脳血管障害の既往がある。
- ⑤37 度以上の発熱が月に 2 日ある（誤嚥性肺炎の疑い）。

プログラム開始前は、上記の状況であった。

※プログラム開始後は、食事の状況に注目して改善されたことは、食形態がご飯も軟食から普通のご飯にアップし、副食も軟菜食から普通食になった。液体もとろみを付与せず飲めるようになっており、水分でのむせも見られなくなった。また、月に 37 度以上の発熱もなくなった。

<実施されたリハビリメニューの項目および期間>

メニュー	項目	実施頻度	実施者	実施期間
基本メニュー	呼吸訓練 頸部のリラクゼーション 口唇・舌・顎の運動 ブローイング(巻き鳥)	毎日	歯科医師 家族 歯科衛生士	平成 16 年 10/26～ 平成 17 年 2/1 まで
直接メニュー	主食・副食	毎日 3 回／日		
選択メニュー	口腔ケア 専門的口腔清掃 寒冷刺激 構音訓練	1 週間に 1 回程度		
独自メニュー	アイスマッサージ	毎日		



目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

目標達成

食形態(区分)

副食：一口大・粗きざみ・ゼリー、もしくは介護食用寒天が食べられる。

目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

目標達成

食形態(区分)

副食：軟食・一口大が食べられる。

目標設定と達成度の評価結果 (上段:本人 下段:専門職)

目標達成

食形態(区分)

副食：軟食・一口大が食べられる。

お茶をむせなくのむ。

＜神経学的な状況＞

運動部位	開始時	終了時
①舌運動	前方・左右いずれかに動かせる	前方・左右の方向にしっかり動かせる
②頬運動	一部動かすが力が弱い	強く動かすことができる
③口唇運動	力はないが口を閉じることができる	口腔前庭でボタンなどを挟み牽引力に耐えられる
④下顎運動	前後・左右・上下に力なく動かす	前後・左右・上下に力強く動かす
⑤軟口蓋運動	アーと発音した時左右非対称に動く	アーと発音した時に左右同時に動く

※改善の理由としては、基本メニューが直接作用していると考えられる。メニュー項目としては、舌・口唇・顎の運動により上記の①、③、④に、呼吸訓練は⑤、ブローイング（巻き鳥）は、②および⑤の改善に寄与したと考えられる。

『考察』

プログラムの開始前と開始後を比較すると、【神経学的な状況】を筆頭に非常に多くの項目で改善が見られており、設定された目標では、大多数が100%達成している。また、目標設定も徐々にレベルを上げていることも良好な結果につながっていることがわかる。

特に食事状況に関連の深い重要な変化としては、評価項目の【神経学的な状況】の軟口蓋の動きの改善である。軟口蓋は、食物を飲み込む時に非常に重要な働きをしている。軟口蓋が左右均等に正常に挙上することにより、口腔と鼻腔が閉鎖される。これにより、飲み込み圧の上昇や食物の鼻腔への進入を防御しているのである。飲み込み圧が上昇するということは、結果として誤嚥のリスクも減少する。本症例もその可能性が考えられる。またさらに、月2回あった発熱が無くなったことの誘引としては、一つは誤嚥の減少だけではなく、選択メニューである口腔ケア、専門的口腔清掃も考えられる。誤嚥性肺炎の主な原因としては、口腔内細菌の存在が考えられており口腔ケアを継続することにより、口腔内の細菌が減少し、そのリスクが減ったと考えられる。

これらの結果から推測すると、このプログラムでは基本メニューが主に口腔期の機能回復に非常に効果的に働き、さらに選択メニューを上手く組み合わせることにより相乗効果が得られたのではないだろうか。本症例は在宅生活者であり、家族が協力的であったということも症状の改善に優位に働き、訓練効果が非常に上手くでた一例であると言える。

第5章

考 察

1. 調査結果のまとめ

本年度、モデル事業の対象国保直診施設において実施された経口摂取障害者の実態調査を通じて得られた経口摂取障害者の概況は次の通りである。

(1)「経口摂取障害者の実態調査」

本調査研究の対象者となった経口摂取障害者 221 名について調査時点の障害の種類をみると、認知期の障害が約 4 割、咀嚼・口腔期、嚥下・食道期の障害の障害はそれぞれ約 8 割にみられた（表 2-3-1, 2, 3）。実際の栄養摂取の状況は、約 7 割が経口摂取のみ、経口摂取と経管栄養もしくは点滴の併用が約 1 割、経管栄養もしくは点滴のみによる栄養摂取が約 2 割の構成であった（図 2-2-1）。障害の直接的原因となった疾患をみると脳血管疾患が約 8 割で最も高く、次いで加齢による機能低下約 3 割、認知症約 3 割であった（図 2-3-2）。

対象者の栄養摂取の状況について必要エネルギー量に対して実際に摂取しているエネルギー量の割合についてデータが収集された 71 名について評価したところ、全体の約 3 割が 100%を下回っていた（図 3-3-7）。なお、在宅療養者では約 2 割が 100%を下回っていた（図 3-3-8）。栄養摂取状況の評価を目的として血液検査値について平均値の分析を行ったところ、TP（総蛋白）において 6.3g/dl 未満者の割合が約 3 割、Hb（ヘモグロビン）が男性 13.5g/dl、女性 11.3g/dl を下回った割合は、それぞれ約 6 割、約 3 割であった。同様にリンパ球数において 1000.0/ μ l 未満者が約 1 割、Alb（アルブミン）3.7g/dl 者は約 5 割であった（図 3-4-11, 13, 14, 16, 18）。

経口摂取障害者の口腔内の状況についてみると、義歯については、「義歯が必要だが使用していない割合が調査対象 221 名の約 4 割みられた（図 2-5-4）。また、義歯使用者 87 名のうち約 4 割に義歯に問題があることが指摘され、その主な内容は不適合であった（図 2-5-5, 6）。口腔軟組織に関しては、全体の約 1 割に問題があるのに対し、経管栄養もしくは点滴のみで栄養摂取している対象者では約 2 割と倍にのぼっていた（表 2-5-1）。また、口腔清掃の状況については全体の約 3 割に問題がみられ、とりわけ経口摂取と経管栄養もしくは点滴の組み合わせにより栄養摂取している対象者の約半数に問題がみられるという特徴があった（図 2-5-7）。舌苔量については、全体の約 1 割が 3 度以上であったが、経管栄養もしくは点滴のみの対象者では約 3 割にのぼった（図 2-5-8）。

本事業を実施した国保直診施設において栄養サポートチーム（以下 NST）等の入院・入所者等に対する栄養状態に関する検討を行う組織が設置されているところは、全体の約 4 割であった。なお、対象者数が十数名程度ではあるが、経口摂取と経管栄養もしくは点滴によって栄養摂取を行っている対象者について摂食嚥下問診票

の点数をみると NST がある施設では中央値 19 点、ない施設は中央値 13 点と違いがみられた。つまり、NST が活動している施設等では、摂食嚥下機能の低い対象者が経口摂取を一部維持している（もしくは試行している）ことが伺われた（表 2-6-2）。

食形態・経管の改善に向けて取り組むべき事項をみると、経口摂取のみ、経管栄養もしくは点滴のみの対象者では「リハビリテーションに必要な専門職種の配置」、経口摂取と経管栄養もしくは点滴により栄養摂取を行っている対象者では「本人の意欲」が高い割合となっていた（図 2-6-1）。

(2)「生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリモデル事業」

本年度、対象国保直診施設において経口摂取障害者に対して 3 ヶ月間に渡り実施された口腔機能リハビリモデル事業の成果については次の通りである。

本事業では、経口摂取障害者ごとに事業終了時点で目指す具体的生活行動レベルの目標を設定し、その達成に向けて 1 ヶ月ごとに個別の目標設定を行う方式をとった。これは、状態の維持・改善に向けては本人、家族等のみならず関わる全ての専門職種間で目標を共有化し、日常生活全般において口腔機能改善につながることを意識したケアがなされることを目指したものである。とりわけ、目標は本人の楽しみにつながる食事内容やコミュニケーションといった具体的なことを意識して設定し、口腔機能リハビリテーションを行うことへの動機づけを図ることを目指した。また、設定した行動目標の達成度を客観的に評価することによって、実施専門職種は、達成度をもとにリハビリテーションメニューの見直しや目標の再設定を行い、より効率的、効果的な実施方法を検討することを目指した。実際にたてられた目標の内容をみると、座位での経口摂取の達成や食形態の改善といった目標、発語や表情の改善といったコミュニケーションに関する目標、体重の増加や誤嚥性肺炎の防止などの身体状況に関する目標であった。3 ヶ月間でたてられた延べ目標数の達成度の平均値をみると本人等、専門職種ともに約 6 割の達成度であった。

一方、口腔機能リハビリテーションにより毎日の食形態の変化についてみると、形態の改善が達成された事例がみられた（例：主食であれば五分粥から全粥、副食ではゼリー食、軟菜等の区分変更）。

本事業で用いられた口腔機能等に関する評価票の指標を用いて口腔機能リハビリモデル事業実施前後の状態変化について統計的検定を行った。その結果、有意な改善がみとめられた項目は、ADL に関しては用便動作、平地歩行であり、口腔機能については口腔清掃度、唾液湿潤度、頬運動、口唇運動、下顎運動、軟口蓋運動、巻き鳥テスト（笛を吹く要領で紙の筒を膨らましながら音をたてる玩具）、麻痺の数でみられた。一方、必要エネルギー量に占める摂取エネルギー量の割合について

は有意な減少がみられた。これは、口腔機能リハビリテーションを実施し、食形態の向上を目指した点、経管栄養により栄養摂取する割合を経口摂取分に移行した点、さらに本事業を通じて必要エネルギー量に対して提供エネルギー量が不足していた症例において提供量が増えたこと等の影響がみられたことがその要因として推測された。

以上の点を踏まえ、経口摂取障害者に対し口腔機能リハビリテーションが、対象者の口腔機能改善を基礎に、ADL の維持・向上、日々の栄養摂取方法やその形態の改善に寄与することが図られる可能性が示唆されたと考えられる。

2. 今後の課題

(1) 経口摂取障害の客観的評価の必要性

「経口摂取障害者の実態調査」によれば、経口摂取障害に至った原因や、測定時の全身状態ならびに口腔機能状態、そして栄養摂取の方法やその量の適正度は多様であった。口腔機能リハビリテーションの実施に際しては、客観的評価指標に基づくアセスメントを行い、目指すべき方向性とリスク管理を行うことが重要であると考えられる。

具体的には、経管栄養や点滴により栄養を摂取している対象者については、口腔機能の適切な評価によって経口摂取への転換が図れるか否かを客観的に評価し、経管栄養法を安易に延長してしまうことを避けることが期待される。

加えて、介護予防を目的とした経口摂取障害の評価に際しては、歯科医師、歯科衛生士のみならず医療・保健・福祉のあらゆる専門職種が経口摂取障害に関する一次的評価を行うことができる効率的なスクリーニング機能を付与することが期待される。

(2) 効率的・効果的な口腔機能リハビリテーションの実施体制

本事業では、食品を用いた直接的訓練と、呼吸訓練や頸部のリラクゼーション、口唇の運動等の間接的訓練をメニューとして組み合わせてリハビリテーションを実施した。そこでは、対象者の誤嚥リスク等の状態を見極めながら、効率的・効果的な口腔機能リハビリテーションメニューの組み合わせと実施方法が検討された。これらの成果を踏まえ、経口摂取障害者本人、家族等、あらゆる専門職種がそれぞれの立場で実践できる口腔機能リハビリテーションの実施体制を、医療・保健・福祉の既存サービス、及び新規に実施するサービスの中で構築していくことが求められる。

(3) 今後の課題

今後の課題として、①口から食べることの重要性に関する情報提供、②効率的・効果的リハビリテーションの実施方法の検討、③施設間で継続的取組みを実現するための経口摂取障害の共通的状态評価ならびに直接訓練メニューに関する共通概念の普及、④介護予防に向けた在宅療養者の栄養評価ならびに口腔機能リハビリテーションの実施体制の構築、⑤楽しみながら取り組める口腔機能リハビリテーションのメニューづくりが求められる。

加えて、経口摂取障害の状態、レベルに応じた最適な食形態の設定やそれらを提供するための体制、情報の提供についても検討が必要であると考えられる。

資料編

経口摂取障害者の実態調査（プログラム開始前）

No. 記入不要

施設コード 2桁(注1)		
対象者連番		
対象者イニシャル	名	姓
平成15年の モデル事業対象者	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	
性 別	☐ 1. 男 ☐ 2. 女	
生 年 月 日	西 暦 年 月 日 (歳)	
対 象 者 の 居 所	☐ 1. 病院 ☐ 2. 有床診療所 ☐ 3. 介護老人保健施設 ☐ 4. 介護老人福祉施設 ☐ 5. その他施設 () ☐ 6. 在宅	
記 録 の 経 過	記入年月日	原疾患の時期 (1つに×印)
	プログラム開始前の評価：平成 年 月 日	☐ 1. 急性期 ☐ 2. 回復期 ☐ 3. 維持期 ☐ 4. 終末期

(注1)施設コードは、資料編の p.10 を参照してください。対象者連番とイニシャルは、各施設においておふりください。同じ対象者にはプログラム開始前と後で同一の対象者連番をふるようにしてください。

(注2)原疾患の時期は、資料編の p.3 を参照してください。

(注3)本調査票は、歯科医師または歯科衛生士の方にご記入をお願いいたします。実施施設に両職種がいないため、他職種が記入する場合には、実施連携機関所属の歯科医師または歯科衛生士の指導を受けてください。

プログラム開始前

I 栄養状態の評価

問1 食事の状況についてお伺いします。該当するものをそれぞれ選んでください。

①食事の自立度 (1つに×印)		☐ 1. 自立	☐ 2. 見守りが必要	☐ 3. 一部介助	☐ 4. 全介助	☐ 5. 全て経管栄養
②食事時間 (1つに×印)		☐ 1. 10分以内	☐ 2. 10～20分未満	☐ 3. 20～30分未満	☐ 4. 30分以上	☐ 5. 全て経管栄養
③栄養摂取の方法と食形態について、該当する箇所についてご記入ください	1)経口 (複数回答可)	【主食】 ☐ 1. 経口摂取をしていない ☐ 2. 重湯 ☐ 3. 五分粥 ☐ 4. 七分粥 ☐ 5. 全粥 ☐ 6. ご飯(軟食) ☐ 7. ご飯(普通)				
		【副食】 ☐ 1. 経口摂取をしていない ☐ 2. ゼリー ☐ 3. ミキサー ☐ 4. ペースト(うらごし食) ☐ 5. 極きざみ ☐ 6. 粗きざみ ☐ 7. 一口大 ☐ 8. 軟菜 ☐ 9. その他()				
	2)経管 (複数回答可)	☐ 1. 経管なし ☐ 2. NGチューブ ☐ 3. 胃瘻 ☐ 4. 間欠的口腔食道経管栄養法(OE法) 【2, 3, 4を選択した場合ご回答下さい】 《注入している栄養物の種類》 ☐1. 既存の栄養剤・栄養物 ☐2. 経口食を液状にした物 ☐3. その他()				
	3)点滴 (1つに×印)	☐ 1. なし ☐ 2. あり(末梢) ☐ 3. あり(CVC)				
④食事の姿勢 (1つに×印)		☐ 1. 座位 ☐ 2. ファーラー位 ☐ 3. セミファーラー位 ☐ 4. 仰臥位				

(注)経口摂取の主食・副食の食形態の区分は、資料編p.13をご参照ください。

Ⅱ 経口摂取障害の状況

問2 経口摂取障害の有無についてお伺いします。

問 2-1 認知期の障害はありますか。 (複数回答可)	問 2-2 咀嚼・口腔期の障害はありますか。 (複数回答可)	問 2-3 嚥下・食道期の障害はありますか。 (複数回答可)
☐ 1. 食物を見ても食べようとしない ☐ 2. 食物を口腔内にため込んだまま食事動作が止まってしまう ☐ 3. 食事に極端に時間がかかる ☐ 4. 食物以外のものを口に入れてしまう ☐ 5. 1. ～4. のようなことはない	☐ 1. 口が大きく開かない(開口障害) ☐ 2. 硬いものが食べにくい(咀嚼障害) そのためにミキサー食やきざみ食などを摂取している ☐ 3. もぐもぐするばかりでなかなか嚥下しない (送り込み障害) ☐ 4. 1. ～3. のようなことはない	☐ 1. 水分や食物を嚥下するとむせる ☐ 2. 誤嚥予防のために嚥下食(ゼラチン食など)や増粘剤を使用している ☐ 3. 経管栄養または経管栄養と経口摂取を併用している ☐ 4. 誤嚥性肺炎の既往がある ☐ 5. 1. ～4. のようなことはない

問3 経口摂取障害に至った経緯をご記入ください。

問 3-1 経口摂取障害の発現時期はいつですか	平成 年 月 (おわかりになる範囲でご記入ください)	
問 3-2 経口摂取障害の発現の直接的原因は何ですか (複数回答可)	☐ 1. 脳血管障害 ☐ 4. 歯科的疾患 ☐ 6. 加齢による機能低下 ☐ 8. その他(	☐ 2. 脳腫瘍 ☐ 5. その他の疾患(具体的な疾患名:) ☐ 7. 認知症 ☐ 3. 神経疾患 ☐ 9. その他()

問4 現在の経口摂取障害についてお伺いします。

問 4-1 障害の状況について、該当するものを選択してください(1つに×印)	☐ 1. かなり改善が見られている ☐ 4. あまり改善が見られていない ☐ 7. その他(	☐ 2. 少しずつ改善が見られている ☐ 5. ほとんど改善が見られていない ☐ 6. まったく改善が見られていない	☐ 3. 改善と悪化を繰り返している ☐ 8. その他()
問 4-2 食形態・経管の改善に向けて必要な事項を選択してください (複数回答可)	☐ 1. 治療に必要な専門職種の配置 ☐ 4. 本人の改善意欲 ☐ 6. 歯科治療の不備 ☐ 8. その他(	☐ 2. リハビリに必要な専門職種の配置 ☐ 5. 担当主治医の判断後の適切なアセスメント ☐ 7. 特にない	☐ 3. リハビリに必要な知識 ☐ 9. その他()

Ⅲ 全身状態の評価

問5 身体測定の結果をご記入ください。

身長 (cm)	(cm)
体重 (kg)	(kg)
握力 (右)	(kg)
〃 (左)	(kg)
B M I	
%IBW(%標準体重)(%)	(%)
%UBW(%通常時体重)(%)	(%)
上腕皮下脂肪厚(TSF)(mm)	(mm)
上腕周囲長(AC)(cm)	(cm)
上腕筋囲(AMC)(cm)	(cm)

(注1)標準体重の求め方は、資料編p.13をご参照ください。

(注2)通常時体重は、聞き取りを行い記入してください。

(注3)上腕皮下脂肪厚(TSF)、上腕周囲長(AC)、上腕筋囲(AMC)を求める際には、専用キットをご活用ください。

問6 血液検査の結果をご記入ください。

TP(総蛋白)(mg/dl)	(mg/dl)
Hb(ヘモグロビン)(mg/dl)	(mg/dl)
リンパ球数(/μl)	(/μl)
Alb(アルブミン)(mg/dl)	(mg/dl)

(注)血液検査の結果は、プログラム開始前1ヶ月以内に行った検診データをご記入ください。

問7 障害の状況とADLについてお伺いします。

問7① 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)を、以下の選択肢から1つ選んでください。(判定基準は、資料編p14 参照)

☐ 1. 自立	☐ 2. J1	☐ 3. J2	☐ 4. A1	☐ 5. A2	☐ 6. B1	☐ 7. B2	☐ 8. C1	☐ 9. C2
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

問7② 認知症高齢者の日常生活自立度を、以下の選択肢から1つ選んでください。(判定基準は、資料編p15 参照)

☐ 1. 正常	☐ 2. I	☐ 3. IIa	☐ 4. IIb	☐ 5. IIIa	☐ 6. IIIb	☐ 7. IV	☐ 8. M
--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

問7③ 要介護度(介護保険制度における要介護認定結果)を、以下の選択肢から1つ選んでください。

☐ 1. 自立	☐ 2. 要支援	☐ 3. 要介護1	☐ 4. 要介護2	☐ 5. 要介護3	☐ 6. 要介護4	☐ 7. 要介護5	☐ 8. 認定を受けていない
--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

プログラム開始前

問7④ ADL評価(Barthel Index)について、各評価項目より1つずつ該当するものを選択してください。

評価項目	選択肢
1) 食事	☐ 10: 皿やテーブルから自力で食物をとって、食べることができる。自助具を用いてもよい。食事を妥当な時間内に終える。 ☐ 5: 一部介助 ☐ 0: 全介助
2) 車いすと ベッド間の移動	☐ 15: 移動の全ての段階が自立している ☐ 10: 移動の動作のいずれかの段階で最小の介助や、安全のための声かけ、監視を要する ☐ 5: 移動に多くの介助を要する ☐ 0: 全介助
3) 整容	☐ 5: 手洗い、洗顔、髪梳き、歯磨き、ひげ剃りができる ☐ 0: 部分介助又は全介助
4) 用便動作	☐ 10: 用便動作が介助なしにできる ☐ 5: 安定な姿勢保持や衣服の着脱、トイレトペーパーの使用などに介助を要する ☐ 0: 全介助
5) 入浴	☐ 5: すべての動作を他人の存在なしに遂行できる ☐ 0: 部分介助又は全介助
6) 平地歩行	☐ 15: 少なくとも 45m、介助や監視なしに歩ける ☐ 10: 最小限の介助や監視下で少なくとも 45m歩ける ☐ 5: 歩行不可能だが、自力で車いすを駆動し少なくとも 45m進める ☐ 0: 全介助
7) 階段昇降	☐ 10: 1 階分の階段を介助や監視なしに安全に上り下りできる(手すりや杖の使用は可) ☐ 5: 介助や監視を要する ☐ 0: 全介助
8) 更衣	☐ 10: すべての衣服(靴の紐結びやファスナーの上げ下ろしも含む)の着脱ができる(治療用の補装具の着脱も含む) ☐ 5: 介助を要するが、少なくとも半分以上は自分で、標準的な時間内にできる ☐ 0: 全介助
9) 排便コントロール	☐ 10: 随意的に排便でき、失敗することはない。坐薬の使用や浣腸も自分でできる ☐ 5: 時に失敗する。もしくは坐薬の使用や浣腸は介助を要する ☐ 0: 全介助
10) 排尿コントロール	☐ 10: 随意的に排尿できる。必要な場合は尿器も使える ☐ 5: 時に失敗する。もしくは尿器の使用などに介助を要する ☐ 0: 全介助

問7⑤ 発熱日数をご記入ください。回復期・維持期の方は、過去1ヶ月間で37.0℃以上だった日数をご記入ください。急性期・終末期の方は、過去1週間で37.0℃以上だった日数をご記入ください。

1)発熱日数(回復期・維持期の方)	過去1ヶ月間で 37.0℃以上だった日数＝ 日／1ヶ月
2)発熱日数(急性期・終末期の方)	過去1週間で 37.0℃以上だった日数＝ 日／1週間

問7⑥ 全身疾患名を、以下の選択肢からそれぞれ選んでください。(複数回答可)

☐ 1. 脳血管障害	☐ 2. 高血圧	☐ 3. 心疾患	☐ 4. 肺疾患	☐ 5. 糖尿病	☐ 6. 肝疾患	☐ 7. 腎疾患
☐ 8. パーキンソン氏病	☐ 9. 整形外科疾患	☐ 10. リウマチ	☐ 11. 悪性腫瘍	☐ 12. 認知症	☐ 13. 頸髄損傷	
☐ 14. その他()						

問7⑦ 麻痺、拘縮の状況を、以下の選択肢からそれぞれ選んでください。

1)麻痺の状況 (複数回答可)	☐ 1. なし	☐ 2. 上肢(利き手側)	☐ 3. 上肢(反対側)	☐ 4. 下肢(利き手側)	☐ 5. 下肢(反対側)
2)拘縮の状況 (複数回答可)	☐ 1. なし	☐ 2. 頸部	☐ 3. 体幹	☐ 4. 上肢(右・左)	☐ 5. 下肢(右・左)

問7⑧ 褥瘡の深度を、以下の選択肢からそれぞれ選んでください。

仙骨部 (1つに×印)	☐ 1. グレードⅠ ☐ 2. グレードⅡ ☐ 3. グレードⅢ ☐ 4. グレードⅣ ☐ 5. なし	長径	(cm)
		短径	(cm)
足、足間接部 (1つに×印)	☐ 1. グレードⅠ ☐ 2. グレードⅡ ☐ 3. グレードⅢ ☐ 4. グレードⅣ ☐ 5. なし	長径	(cm)
		短径	(cm)
大転子部 (1つに×印)	☐ 1. グレードⅠ ☐ 2. グレードⅡ ☐ 3. グレードⅢ ☐ 4. グレードⅣ ☐ 5. なし	長径	(cm)
		短径	(cm)

(注)褥瘡の深度を表わすグレード(SHEA の分類)については、資料編p.15 をご参照ください。

IV 障害領域に対応した評価

問8 口腔内の状況について伺います。それぞれの選択肢から、該当するものを1つずつ選んでください。

①アイヒナー分類	T-T	☐ 1. 0	☐ 2. 1	☐ 3. 2	☐ 4. 3	☐ 5. 4
	T-D	☐ 1. 0	☐ 2. 1	☐ 3. 2	☐ 4. 3	☐ 5. 4
	D-D	☐ 1. 0	☐ 2. 1	☐ 3. 2	☐ 4. 3	☐ 5. 4
②義歯の状況	☐ 1. 義歯不要 ☐ 2. 義歯が必要だが使用していない ☐ 3. 義歯使用 【3. を選択した場合ご回答下さい】					
	☐ 1. 特に問題はない ☐ 2. 問題がある					
	【2. を選択した場合ご回答下さい】 ☐ ア. 破損 ☐ イ. 不適合 ☐ ウ. 義歯装着不可能 ☐ エ. その他()					
③口腔軟組織等の状態	☐ 1. 特に問題はない ☐ 2. アフタ性口内炎 ☐ 3. 義歯性口内炎 ☐ 4. カンジダ症 ☐ 5. 歯牙の動揺 ☐ 6. その他()					
④口腔清掃度	☐ 1. 良い ☐ 2. 普通 ☐ 3. 歯垢が多量に付着している ☐ 4. 歯垢および食物残渣が多量に認められる					
⑤舌苔量	☐ 1. 1度 ☐ 2. 2度 ☐ 3. 3度 ☐ 4. 4度					
⑥口臭	☐ 1. なし ☐ 2. 顔を近づけると臭う ☐ 3. 近くにいると臭う					
⑦唾液湿潤度	☐ 1. 正常 ☐ 2. 軽症 ☐ 3. 中等度 ☐ 4. 重度					
⑧顎関節の異常	☐ 1. なし ☐ 2. あり					

(注)アイヒナー分類・舌苔量・唾液湿潤度の判断基準は、資料編p.15、p.16をご参照ください。

問9 摂食の状況(咀嚼、嚥下できるか)について、以下の選択肢から1つ選んでください。

改訂水飲みテスト	☐ 1. 嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嚔声なしに加え空嚥下の追加を指示し、30秒以内に2回空嚥下が可能 ☐ 2. 嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嚔声なし ☐ 3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嚔声 ☐ 4. 嚥下あり、むせない and/or 呼吸変化または湿性嚔声 ☐ 5. 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫 ※2以下なら合計3回施行し、最も悪い嚥下を評価する
----------	--

問 10 摂食・嚥下の状況について、以下の各調査項目にそれぞれ1つずつ回答してください。 【摂食嚥下障害問診票】

①	肺炎と診断されたことがありますか	☐ 1. 繰り返す	☐ 2. 一度だけ	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
②	やせてきましたか	☐ 1. 明らかに	☐ 2. わずかに	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
③	飲み込みにくと感じることがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
④	食事中にむせることがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑤	お茶を飲むときにむせることがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑥	食事中や食後、それ以外の時にのどがゴロゴロすることがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑦	のどに食べ物が残る感じがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑧	食べるのが遅くなりましたか	☐ 1. たいへん	☐ 2. わずかに	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑨	硬いものが食べにくくなりましたか	☐ 1. たいへん	☐ 2. わずかに	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑩	口から食べ物がこぼれることがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑪	口の中に食べ物が残ることがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑫	食物やすっぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑬	胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑭	夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか	☐ 1. よくある	☐ 2. ときどき	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能
⑮	声がかすれてきましたか(がらがら声、かすれ声など)	☐ 1. たいへん	☐ 2. わずかに	☐ 3. なし	☐ 4. 判定不能

問 11 摂食、嚥下の状況について、以下の選択肢より該当するものを1つずつ選んでください。【摂食嚥下障害の有無とグレードの評価】

①嚥下障害グレードの評価(下記1～10の中で1つを選択)	
重度(経口不可)	☐ 1. 嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし ☐ 2. 基礎的嚥下訓練の適応あり ☐ 3. 条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能
中等度 (経口と補助栄養)	☐ 4. 楽しみとしての摂食は可能 ☐ 5. 一部(1～2食)経口摂取 ☐ 6. 3食経口摂取+補助栄養
軽症(経口)	☐ 7. 嚥下食で、3食ともに経口摂取 ☐ 8. 特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取 ☐ 9. 常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を要する
正常	☐ 10. 正常の摂食嚥下能力
②巻き鳥テスト	☐ 1. 口にぐわえるだけ ☐ 2. 音が出る ☐ 3. 1本 ☐ 4. 2本 ☐ 5. 3本 ☐ 6. 判定不能

問 12 神経学的な状況について、それぞれの運動について該当するものを1つずつ選んでください。

①舌運動	☐ 1. 前方・左右の方向にしっかり動かせる ☐ 3. 舌を自在に動かせない(不随意・多動)	☐ 2. 前方・左右いずれかに動かせる ☐ 4. 舌の動きが見られない
②頬運動	☐ 1. 強く動かすことができる ☐ 3. 動かそうとするが動かせない	☐ 2. 一部動かすが力が弱い ☐ 4. 頬の動きがみられない
③口唇運動	☐ 1. 口腔前庭でボタンなどを挟み牽引圧に耐えられる ☐ 3. 力はないが口を閉じることができる	☐ 2. 口唇を閉じぶくぶくできる ☐ 4. 力がなく口を閉じることができない
④下顎運動	☐ 1. 前後・左右・上下に力強く動かす ☐ 2. 前後・左右・上下に力なく動かす ☐ 3. 下顎を動かすことができない	
⑤軟口蓋運動	☐ 1. アーと発音した時左右同時に動く ☐ 2. アーと発音した時左右非対称に動く ☐ 3. アーと発音した時全く動かない	

V エネルギー量の測定

問 13 1日あたりの必要エネルギー量と摂取エネルギー量、提供エネルギー量をそれぞれ算出してください。算出にあたっては、管理栄養士の方とご相談の上、調査票記入日の食事をもとにお願いします。但し、体調がすぐれない場合には前後 1 週間以内の食事をもとに算出したものでも結構です。

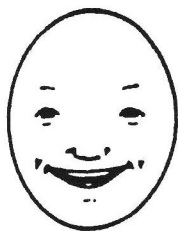
①施設入所者	1)必要エネルギー量(kcal/日)	(kcal/日)
	2)提供エネルギー量(kcal/日)	(kcal/日)
	3)提供たん白質量(g/日)	(g/日)
	4)提供脂質量(g/日)	(g/日)
	5)摂取エネルギー量(kcal/日) (内経管栄養での摂取エネルギー量)	(kcal/日) (内経管栄養 (kcal/日))
	6)摂取たん白質量(g/日)	(g/日)
	7)摂取脂質量(g/日)	(g/日)
②在宅療養者	8)必要エネルギー量(kcal/日)	(kcal/日)
	9)摂取エネルギー量(kcal/日) (内経管栄養での摂取エネルギー量)	(kcal/日) (内経管栄養 (kcal/日))
	10)材料数 朝食	(種類)
	11)材料数 昼食	(種類)
	12)材料数 夕食	(種類)
	13)材料数 間食	(種類)

(注)各エネルギー量の算定については、資料編p.16、p.17 をご参照ください。

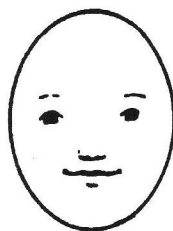
VI 心理的状况

問 14 現在の健康状态を表情で表すとしたら下のどれですか。該当する数字をご記入ください。

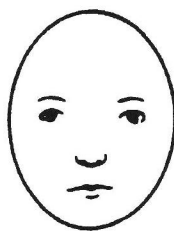
本 人		調査担当者	
-----	--	-------	--



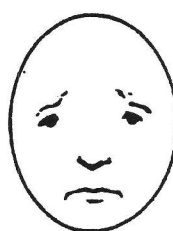
1



6



10



15



20

172

問 15 口腔機能リハビリテーションの実施状況について、該当するものをそれぞれ回答してください。

プログラム開始前

目標設定と実施経過記録表（目標設定）

<記入例>

施設コード	100	対象者連番	001
対象者イニシャル	名 F 姓 Y	ご記入者氏名	

●口腔機能リハビリテーションを行うにあたり対象者の目標設定をお願いします。

【最終目標】

車椅子座位にて自力で経口摂取を行えることを目指す。

【1ヶ月後の目標】

目標①（箇条書き）

声かけに反応し意思疎通が図れる

目標②（箇条書き）

口腔内が清潔に保たれる

目標③（箇条書き）

訓練食（食形態：区分5）の摂取

【2ヶ月後の目標】

目標①（箇条書き）

指示により開口できる

目標②（箇条書き）

車椅子座位が保たれ離床ができる

目標③（箇条書き）

安定した嚥下訓練食の摂取

【3ヶ月後の目標】

目標①（箇条書き）

自力清掃が可能となるようにアフローチを開始

目標②（箇条書き）

嚥下食摂取の開始

目標③（箇条書き）

（注）本記録表の記入につきましては、資料編 p.19 をご参照ください。

目標設定と実施経過記録表（1ヶ月目）

<記入例>

施設コード	100	対象者連番	001
対象者イニシャル	名 F 姓 Y	ご記入者氏名	

●口腔機能リハビリテーションを行うにあたり対象者の目標設定をお願いします。 【最終目標】 車椅子座位にて自力で経口摂取を行えることを目指す。 【1ヶ月後の目標】 目標①（箇条書き） 声かけに反応し意思疎通が図れる 目標②（箇条書き） 口腔内が清潔に保たれる 目標③（箇条書き） 訓練食（食形態：区分5）の摂取		●事業開始後1ヶ月おきに目標達成状況を評価してください。なお評価は、対象者本人もしくは家族等、目標設定を行った専門職別をお願いします。 ※点線部分に達成度を線の長さで表してください。 【1ヶ月後の目標達成度】 <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">目標① の達成度</td> <td>本人もしくは 家族等</td> <td>変化なし ----- 目標達成</td> </tr> <tr> <td>専門職種</td> <td>変化なし ----- 目標達成</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">目標② の達成度</td> <td>本人もしくは 家族等</td> <td>変化なし ----- 目標達成</td> </tr> <tr> <td>専門職種</td> <td>変化なし ----- 目標達成</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">目標③ の達成度</td> <td>本人もしくは 家族等</td> <td>変化なし ----- 目標達成</td> </tr> <tr> <td>専門職種</td> <td>変化なし ----- 目標達成</td> </tr> </table>		目標① の達成度	本人もしくは 家族等	変化なし ----- 目標達成	専門職種	変化なし ----- 目標達成	目標② の達成度	本人もしくは 家族等	変化なし ----- 目標達成	専門職種	変化なし ----- 目標達成	目標③ の達成度	本人もしくは 家族等	変化なし ----- 目標達成	専門職種	変化なし ----- 目標達成
目標① の達成度	本人もしくは 家族等	変化なし ----- 目標達成																
	専門職種	変化なし ----- 目標達成																
目標② の達成度	本人もしくは 家族等	変化なし ----- 目標達成																
	専門職種	変化なし ----- 目標達成																
目標③ の達成度	本人もしくは 家族等	変化なし ----- 目標達成																
	専門職種	変化なし ----- 目標達成																

(1ヶ月目)

基本メニュー															
実施月日	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29	10/30	10/31	
①呼吸訓練	DH	DH	DH	De	Ns	DH	DH	DH	DH	Ns	DH	DH	Ns	Ns	
②頸部リラクゼーション	DH	DH	DH	DH	DH	DH	DH	Ns	De	DH	Ns	DH	De	DH	
③口唇の運動	DH	DH	De	DH	DH	Ns	DH	DH	De	DH	DH	Ns	DH	DH	
④舌の運動	De	DH	DH	DH	De	DH	Ns	DH	DH	DH	DH	De	DH	DH	
⑤顎の運動	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	De	Ns	De	Ns	Ns	Ns	Ns	
⑥フローイング	Ns	De	De	Ns	Ns	De	Ns	Ns	De	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	

直接メニュー															
実施月日	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29	10/30	10/31	
リハビリ用メニューの食形態区分															
主食:	区分5	区分5	区分5	区分5	区分5	区分5	区分4	区分4	区分4	区分5	区分5	区分6	区分5	区分4	
副食:	区分5	区分5	区分5	区分4	区分4	区分5	区分4	区分4	区分4	区分5	区分4	区分4	区分4	区分4	
その他:	区分4	区分4	区分4	区分4	区分4	区分4	区分3	区分4	区分4	区分4	区分3	区分3	区分4	区分4	

選択メニュー															
実施月日	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29	10/30	10/31	
選択メニューコード															
ケアのカテゴリ															
A.口腔清掃（一般的＆専門的）を 目的とするケア	45	45	45	45	45	45	45	45. 37	45. 37	45. 37	45. 37	45. 37	45. 37	45. 37	
B.治療（医科＆歯科）を 目的とするケア	55	55	55	55	38. 55	55	55	38. 55	38. 55	38. 55	38. 55	55	55	55	
C.リハビリ全般＆口腔機能リハビリ等 を目的とするケア	49. 63	49. 63	49. 63	49. 63	49. 63	49	49	49. 63	49. 63. 65	49. 63. 65	49. 63. 65	49. 65	49	49	
独自メニュー（行った場合のみ記入）															
特にせし															

問 13 本人・家族
います。改善された他の事項は、言葉がはっきりした事、口をしっかり開閉することができるようになった事、食欲が出て元気が出た感じがする事等あげられ、もうひとつ驚いたことは、ベット上ばかりの対象者が今日は5メートルも這って居間近くまできた事です。家族皆で喜んでいます。
口腔リハやって良かった。そのおかげでここまで回復できたと思う。
口腔機能改善のためにリハビリは続けてもらいたいと思う。
食事も全て食べられるようになり調子いいです。目が見えにくくなり、歩行訓練がしんどいです。
目標を立てることで、より効果的なメニューを取り入れられたり、目標に向かってリハビリが出来た事がよかった。今後も細かく目標を立てながら、訓練に励みたい。
食べ物をおいしくのどをスムーズに通る様にするには口の中を清潔にしないといけない事がわからないので自分でしようと思わないのだからと思う。家族がしてもハブラシをかんだりなげたりです。のみこみが困難になっているので誤嚥肺炎の予防が大切だと思う。(介護者)
よかった、との感想があった。
良かったと思う、との感想があった。
自宅では比較的形のある刺身や付け合わせの大根のけんなども比較的スムーズに食べる。自宅でもむせることもあるが時間をおいてたべさせるなどして食事は用意したものを全量摂取している。献立は、療養する前から好物だったものを中心とされている。妻である介護者の介護の中心は食事をさせることのように、それに時間を費やしてしまうためか、他の事に関しては積極的ではない。(はい、という返事はあるが絶対しない)理学療法士と同行訪問して、ベッド上での座位を指導しても介護者もよく知っていた。1日のほとんどは寝ているようであった。「食事中は座位にしています。」とは言われたものの、訪問中に間食を食べさせた時は、寝たままであった。(しかし、最中も丸ごとかじらせて食べていた。)口腔ケアに関しても、何回か指導を重ね今回も球状にブラシが植わった歯ブラシを持参し指導したのだが、デイサービス来所持に口腔をみたところでは、口腔清掃ができていた時は1度もなかった。介護者は自分流の介護の方法やパターンを変えたくないようである。訪問したときも唾液にむせているのか、「ガーガー」という咳払いやせきをさかんにしていたがそれは気にならないようである。
口腔機能を維持向上のための体操があることを知り、感心していた。暇な時に時々自分で体操するようになった。顔面、口唇、舌の体操をする時、鏡を見ながら行ってもらった。その際、麻痺側の筋肉が動きにくいのを実感してもらえた。
デイサービスに通所しているときに口腔リハビリテーションをしましたが、普段はデイサービスに来ているときに、相手をしてくれる人が少なく、手持ち無沙汰にしていることが多いようでした。以上のこともあり、この対象者は、意思の疎通が少し悪いのですが、とても楽しそうに口腔リハビリテーションを行うことができた。
口臭や口の中のネバネバな状態がなくなり気持ちが良くなった。義歯作製により食べ物が食べ易くなった。また、舌や唇の動きが軽くなったような気がする。
口の中を清掃するととても気持ちが良い。義歯は自身で外すと見た目が気持ち悪く外すことに抵抗がある。
口の中を清掃すると気持ちが良い、との感想があった。
急激な身体状況悪化時に、口腔ケア、口腔リハビリ、歯科治療と歯科が介入し、口腔機能の改善されたことで、食事摂取量もふえ体力もつき喜ばれた。在宅療養を継続したいので、今後も多方面からの支援を望んでいる。
本人も食べることに意欲を持っており、介護者は楽しみとして好きなものを食べさせてやりたいと思っていたから、誤嚥もなく食べれたことが、とても嬉しかったようです。食べた後の満足そうな笑顔は、介護者にも看護の励みになっています。以前は、開口状態で口が乾燥していたが保湿剤を使ってから、言葉がよくできるようになり、ヘルパーや看護師と会話が出来ている。介護者(娘)は働きながら介護しているので、今の状態を喜んでいます。
介護者の食事介助ではまだ時間がかかるが食事時間短縮ができた。栄養がしっかり入り褥瘡も治癒。会話と笑顔がふえたのが1番よこんでいる。
口腔ケアが大事であることはよくわかったが、本人のやる気を大切にしたいので、手を出さないようにしてしまっている。巻き鳥のリハビリはよかったと思う。毎日本人も繰り返しやっていた。口腔機能リハビリをはじめてから、声が以前より出るようになったと思う。これからも続けて欲しいし、本人は痛がるが、口腔清掃・ケアも併せて専門家にやって欲しい。(主介護者・妻)
目に見えるほどよくなったわけではないが、この事業に参加してよかった。これからも継続して欲しい。本人が歯磨きをしたがるので、食後の手伝いが結構大変。(主介護者・妻)

問 13 本人・家族

時期が悪かったのか食事の量は減ってしまったが、このリハビリを実践したことは、本人の刺激になってよかったし、普段の表情が柔らかくなったと思う。寒いこの時期に風邪をひかなかったのも、このリハビリのおかげかもしれない。口腔ケアが大事と認識した。(実際にはなかなかできないが)主介護者・息子の嫁の意見
この事業に参加してよかった。(本人) この事業を始める以前より言葉がききとりやすくなったので、このままりハビリを継続してほしい。(週 1 回帰ってこられる息子さん)
家族より「お父さん、事業の対象者になって良かったね」と言われました。
体のリハビリは必要だと思っていたが、口、又、食べるために使う機能を伸ばしてやるリハビリがあることを知り、なるほどなと思った。母が事業の対象者となったことで本人にとっても、又、身近にいる家のものにとってみても良かったと思う。
家族より、現在は入院中だが、いろいろな人に関わってもらった事は、よかったと思う。
本人 今までに、歯磨き、嚥下体操等の指導は、受けた事がなく、今回初めての体験であった。首の動きも少し改善し、毎日行っている歯磨き、飲み込みが、高齢とともに大切であることがわかり、今回、モデル事業を受けて良かったと思う。
家族 以前は幻覚が見えて、意味不明のことを言っていたが、それがなくなって意識がしっかりし、発語が少しはつきりしてきた。家族が、入れ歯の掃除をするのに、本人が、はずすのを拒否することが多かったが、最近は、拒否なく、はずしてくれるようになった。
最終目標である1日1食経口摂取には至らなかった。PEGからの栄養が十分なようで、血液検査値も良好。通院している医師からも、その辺の人よりも健康だと言われたとのこと。経口摂取は楽しみ程度で十分とも思う。
積極的に口腔ケア、口腔機能リハビリに取り組み、早く1口でも口から食べさせてあげたい。特に、好きであった寿司を食べさせたい。
覚醒がなかなか難しいが、目が覚めている状態であれば安全に食べられる。今後も口腔ケアを継続し、経口摂取を続けていきたい。
入所前は、ベッドで寝ている状態が多かった。食事でも不規則、栄養バランスも悪い状態であった。抵抗力がなくよく病気になっていた。(肺炎で入院)家に帰ってデイを利用しながら、規則的な生活ができています。おりがみもして楽しんでいる。
家に帰ってからは、注意力が散漫な状況にならなければ、安全に食べられている。食事の時には、集中するよう気をつけなければならない。
吸引機の使用を家族が拒否し続けていたため、喀痰の排出障害による一時的な窒息状態になり緊急入院した事により、実施期間も回数も少なくなったため、継続していればもう少し変化がみられたのかもしれない。
本人の理解力が必要なので、なかなか進まない時期があった。
楽しかった。歯は大事ですもんね、との感想があった。
楽しかった、との感想があった。
本人は、感想と聞いてもわからないが、口腔ケア・口腔リハは楽しくしている様子だった。
家族からは、そんなことをして何になるのか、という意見であったが、口腔リハビリに対する知識が浅いことを表している。本人は、リハビリをしなければ調子が悪い(特に構音障害に対して)との感想であった。
まきどりは毎日欠かさず吹いている。調子はよくなったが、時々むせることがあると本人の感想。
他の人と一緒に頑張ろうと一生懸命行っていた。口で吹くブローイングが少し苦しかったが楽しみで出来るようになった。
前は言葉がはつきりしてなかったけど、運動をすることによって、言葉が少しずつはつきりしてきた。唾液がでるようになった。毎回楽しみにしていた。もう一回したい。
唾液がでる様になり苦しかった。あまり体の変化はなかった。
自分でブラッシングが出来たらいいのにと、悔しいとのこと。三叉神経痛もでるので、下顎の義歯を装着するのが怖い。
唾液がでるようになった。飽きたのもうしたくない。

問 14 実施者

施設独自のリハビリ活動の対象者として、夏頃より口腔機能リハビリテーションを開始している方で、口腔ケア時のブクブクうがいなどを訓練し、上手にできるようになった。事業開始時には、最終目標を「とろみジュースの試飲・継続」としたが、12月に入って体調を崩し入院した為、主治医と相談した結果、いきなりジュースは本人の精神的負担が大きいだろーということになった。そこで、まずは食べ物を口の中に入れる習慣をつける意味で、アメをなめることにした。週1回から開始し週3回、そして毎日と回数を増やしていくことにした。主治医の立ち会いで、アメを口にした対象者はとてもうれしそうな顔でなめていた。介護員が毎日の口腔ケアを継続しており、介護員との信頼関係も図れていることから、表情がかなり豊になった。また、頬筋力や舌筋力もついてきた。今後も継続し、主治医との連携により、経口摂取が期待できると思う。

口は開かず、反応も弱く、変化が乏しく、大変なケースであった。特に、口腔ケアでは、入れ歯をはずすまでが大変だった。はずしてしまった後は、ケアがスムーズにおこなえた。頬筋のマッサージにより、筋力が強化されてその効果か口を動かすようになった。

施設介護員：

まだ介助が必要だが、食事摂取がスムーズにおこなえるようになった。呼びかけに対し反応が良くなった。

記録者：

肩関節の筋緊張を緩和させる体操や上肢の運動を続けたことで、茶碗やスプーンを持って口まで運ぶ行為がスムーズになった。また、食事形態を「区分1～区分4へ」変えることで、飲み込みも良くなってきた。介護員の方々が、外からの刺激が大切と、声かけや目を開けるように誘導したことで、覚醒時間の延長が図れた。また、食事道具についても、試行錯誤しながらいろいろ工夫したりと、一生懸命な取り組みをしてくれた。このことが、本人の食事に対する意欲を引き出すきっかけとなりスムーズな食事摂取へとつながったと思う。

体調を崩したことで、自力摂取ができなくなったり、座位保持時間が短縮したりとそれまでできていたことができなくなった。発語も言葉がはっきりしなくて聞き取れないことが多くなった。嚥下障害は、増粘剤を使用することでむせることが、かなり少なくなっていたが、増粘剤を使用してもむせるようになってしまった。特にこの寒い時期の高齢者は体調によって左右されることが多く、このケースも1からやり直し状態である。今後は、焦らず、一つ一つ積み重ねていくことで以前のようにむせることがなく、自力摂取できるまでにがんばってほしい。

切迫摂取の傾向があり、現在も短時間で食べ終わってしまい、食事の時に介護員にゆっくり食べるように声がけをしてもらい、見守りを続けたところ、少しはむせが良くなったように思われる。口腔内も食渣や菌垢が多いため、毎食後、介護員に口腔ケアを行なってもらっています。口腔ケアも全て介護員の方にまかせっきりになってしまったため今後はなるべく専門的口腔清掃も行ないたい。

自分で嚥下体操を行なえる状態まではいかなかったが、口腔ケアやリハビリも受け入れてもらえ、現在は舌清掃は自分でも行なってくれる。今後も現状維持のために継続して行ないたい。

現状維持のために今後も、介助して食前の嚥下体操を行なったり、専門的口腔清掃を行なう必要がある。

認知症があるため上手くコミュニケーションがとれず、口腔リハビリも困難な事が多かったが、体調が悪くてしばらく外していた上下総義歯を裏装したことで、食形態も向上した。認知期の障害も少しあるため今後は食事の時は見守りが必要。

最初の頃は口腔ケアやリハビリを拒否しており、上手くコミュニケーションがとれなかった。現在も、「何で自分だけこんな事をしなければならないんだ」という思いがあるようで、自分の口から食べたいという思いも強いため、食前の嚥下体操も他のデイサービス利用者と一緒になら行なってくれるようになった。口腔リハビリも一人ではなく皆で一緒に楽しみながら行なえる状況を作る事も大切だと感じた。また、在宅での介護者（旦那さん）のがんばりは、すばらしいと思った。だからこそ、家にいる時のこの方の表情がすごくいきいきしているのだと思う。

胃ろうによる経管栄養の方で、口から食べたいという本人の希望があり、入所施設でも摂食訓練に取り組もうとしていたところへの介入であった。

口腔リハビリにより、わずかながらも、舌や口唇の運動が改善されてきたと思われる。ただ、体操やマッサージだけでは飽きてしまうときもあり、そのようなときには、歌と一緒に歌うと大変喜んでいた。

問 14 実施者

短期間であったため、血液検査上や食事形態の変化、経口摂取障害の状況等では変化は認められなかったものの、車いすの座位確保がしっかりしてきた。自分でのブラッシングも上手になってきており、わずかではあるが全身状態は改善してきたと思われる。このまま継続していけば、期待する変化があるのではないかな。

かなり表情に笑顔が見られるようになってきた。ただ、かなりゼイゼイしており、思うようなケアやリハビリが出来ていないように感じた症例だ。VFが出来る機関であればしっかりと症状を把握し、もっと効果的な計画を立ててケアができたのかなと感じた症例だった。

ケアを行ってみると歌がすごく好きなことが分かり、基本メニューを行った時間よりも一緒に歌を歌っていた時間の方が多かった。そのため心肺機能が高まったのか、まきどりにすごい変化がみられるとともに、短期間にもかかわらず、握力もかなりUpした。研修会で音楽療法のことを聞き、取り入れたのだが（歌を歌うだけだが）これだけの効果は期待していなかった。

初めは、抵抗感が強く、口腔清掃もリハビリも非常に困難であったが、何度か訪問するうちに笑顔がみられ、こちらの指示で自動的に体操してくれるようになった。顕著な改善はみられなかったが、継続していくことで変化がみられそうである。

口腔ケア、リハビリの訓練に対しては、こちらの指示通りにスムーズに実行してくれて、とてもやりやすかった。口腔ケアについては、清掃度が担当の介護士によって差があった。介護士からはきれいになったと聞くと、衛生士の立場からは、もっと頑張ってもらいたいと思った。リハビリについては、柔軟性が無く、動きが悪い。でも、自分で動かす気持ちはあるので、日常的に嚥下体操を続けて行くといいと思う。

アイスマッサージでの嚥下は、しっかりできている。食事も見ていると、ゆっくり食べてくれる。こちらの指示を聞き入れて、食事を取ることが出来る人だと思う。

1日3回食後の歯磨きが習慣化でき、以前に比べ口腔内の食物残渣物が少なくなったように思える。食事時のむせ込みはやはり時々あり。口腔リハビリを行なうことによって、離床時間が長くなった。積極的にリハビリを行いたいという気持ちはないが、声がけをしなくても自分でリハビリを行えるようになってきた。

アイスマッサージ他訓練実施してから、むせ込みがいくらか少ないように感じられた。しかし、口いっぱい詰めて込む事は変わらない様に思う。「口の中に物を飲み込んでから」と声がけをするが、すでに手が動き、口の中に入っている状態です。また、そのような状態だから、飲み込みにも時間がかかる様に思う。

何でも食べたい意欲はあるが、そのための訓練となるといやがり、最初のうちは基本メニューを全部こなす事に本人も私たちも苦労した。しかし、後半には慣れてきて、最後まで通しての訓練が出来るようになった。その効果か、車椅子に座っている時間も長くなったと思う。座る姿勢も良くなった。事業が始まってからの義歯の新製だったが、何とか事業内に完成し、義歯を使用して食事を取ることが出来るようになった。咀嚼が出来るようになった事で、食形態の更なるアップが期待できると思う。

1日3回食後の歯磨きが習慣化でき良かった。本人は口腔リハビリを嫌がっていたが、入所時からのミキサー食以外の形ある物が食べたいという本人の希望がかなって良かったと思う。スムーズにキザミ食に移行できたのは口腔リハビリのお陰だと思う。トロミを使用しなくてもむせ込み無く水分を摂取できるようになった。固形の物が食べられるようになり、間食の量が増加した点が気になっている。また、言葉が以前に比べ聞き取りやすくなり、離床時間も増え疲れにくくなった様に思える。

訓練実施してから、むせ込みも少なく、発熱もなく、食形態もアップし、良い方向にむかっていると思う。

切迫摂取の印象が強く、その改善が一番の目標と思って訓練を始めたが、いざ訓練を始めると、飲み込みが悪く、いつまでも口の中に食べ物が残っていた。うなずき嚥下をしていると思っていたが、うなずきだけで嚥下はしていない。舌の不随意運動があったり、喉頭の挙上ははっきり確認できなかったりと、摂食嚥下の筋肉の協調した動きができず、たくさん問題点が見えてきた。難しい症例だと思った。切迫摂取については、介護士に頑張ってもらい、食事中に必ず一人付き添って食べてもらったが、長年しみついた習慣を改善することは難しかった。

ビデオによる嚥下体操は日課となり、本人も積極的に参加し良いリハビリになり、吹く力など成果が出てきていると思う。

問 14 実施者

相変わらず食に対する欲求が強く、食事の際にも右側に溜め飲み込めず、すぐ次のを詰め込んでしまうのであるが、見守り・声をかける事により、詰め込みすぎることは無く、むせ込みやこぼす事も改善されて来ていると思われる。が、かなり制御していることから、本人の食べる事の楽しみなどをうばい、ストレスになっていないかが心配される。

アイスマッサージに関しては、舌の動きが激しく、綿棒を奥に進めにくい。また、義歯が飛び出すため、義歯を外して実施していた。食事に関しては、職員が付き添い、言葉かけをして、ペースを調整していたが、詰め込むように食べる動作に変化は見られず。「口の中に残ってますよ」と声をかけると、すぐ水分を口にして流し込むようであった。むせ込みは全くなし。スプーンですくった量が少なくと何回かすくい直している。一回でたくさん食べようとしているところが見られる。はしも上手に使えるので、スプーンよりははしを使用してはどうか（スプーンよりはすくう量が少なく、時間もかかると思われる。）

去年のモデル事業時に、義歯を修理して使用してみようとしたが、その時は全然使えなかった。今回はそのまま使用できるまでになった。口腔周囲筋の訓練の効果か。

普段からむせ込む姿を見かけていたし、去年の訓練では目立った改善は無かったため、今回の訓練で改善が見込めるか不安があった。でも、アイスマッサージでは、確実な嚥下があり、直接訓練でむせないで食べる姿を見たら、食形態のアップが期待できると思った。今回も対象者に選定してよかった。

ビデオによる嚥下体操は、無理なく実施できており、最初は全然吹けなかった笛も、1本、2本と開くようになり、かなりの成果だと思う。

食形態もミキサーからお粥になり、義歯を入れ自分のペースで、むせ込むことなく食べられる。アイスマッサージ訓練を実施してから、意欲が出てきたように感じられる。しかし、副食又はまれに主食等が「しょっぱい」と話し、水分で流し込んでいた姿がよく見られ、その水分でむせ込んでしまう。粥食ミキサー食等「良く噛んで飲み込んでから次のを」と声がけするが、入れ歯が合わないためか、落ちてきて咀嚼が上手くいかないのか、つらそうにも感じられた。

発語はほとんどなく、表情も乏しく、食事もベット上で 90 度にギヤッチアップして食べていたが、口腔機能リハビリを実施したことにより、表情も豊かになり、笑顔がみられるようになった。また、最近では褥瘡が回復してきたこともあり、車いすへの移乗が可能となり、食事は団らん室にて摂取。以前とは比較にならないほど、意思疎通が図られるようになった。

今回のリハビリで義歯使用が再開されたことは、タイミング的には遅すぎたと思われるが、食事摂取やコミュニケーションをとるためには、よいきっかけと思われる。左手の不随運動のため、精神的に不安定な部分がみられたり、口腔ケアの自立はできなかったが、QOL 向上が達成された。

病棟入院時より歯科検診を行い、義歯使用につながった対象者でした。口腔機能リハビリを実施し、口角の動きの改善やコミュニケーションが容易にとれるようになった。失語症もあり、指示が入りにくいこともあったが、家族の希望もあり、なるべく自立した生活が送られるように支援していった。

認知症のため、どこまで理解がされているか不明。リハビリや義歯修理等は、希望がないため実施できず、食形態の改善も望める状況ではなかった。しかし、以前よりむせ込みが少なくなったと思う。また、コミュニケーションはだいぶスムーズにとれるようになったと感じる。

徐々に意思疎通がしっかりと図られるようになった。開始時にはむせ込みが多く、吸引器の使用も多かったが、最近では本人の拒否もあり、少なくなった。また、体全体の動きもよくなり、事後評価時に歯科医師と行った際には「あれ、歯医者さん」と指をさし、他者に教えようとするなどの行為が見られた。こちらの問いかけにもしっかりと答えてくれた。

高齢者ではないが、交通事故により脳幹挫傷、外傷性くも膜下出血のため経口摂取障害が見られ、調査の対象とした。回復に伴い、何とか経口摂取ができるようになった。しかし、話すことができない、耳が聞こえない、感情のコントロールができず暴れる等、障害が残った。口腔ケアも、本人の協力がなかなか得られないため、十分に行うことができなかった。健康状態をあらわす評価は、本人自身が最近障害に気がつきショックを受けており、最悪の判定。口さえ開けてくれればと思い、筆談で何度もコミュニケーションを試みたがなかなか理解をしてもらうことができませんでした。何が足りなかったのか反省が残る。

全身状態が軽快したため退院となった。口腔ケア、口腔機能リハビリは、しばらくの取り組みだ

問 14 実施者

だったので、変化はあまりみられなかった。

全身状態が軽快し、家族の強い希望で退院となった。退院後は、自宅で療養する予定。せめて、区分4の食事形態までにアップしたかったが、日によって体調に変化があり、なかなか難しいと思った。

開始当初は意志の疎通もとれず、開口することも義歯を入れることにも拒否があり、モデル事業をすすめていく事に不安があったが、病棟スタッフらの協力のもと、徐々に成果がみられた事で、改めて口腔ケア、口腔機能リハビリテーションの意義を感じた。ただモデル事業最終段階で病棟移動があり環境が変わった事で、若干後戻りが見られた。また、認知症の症状は気分が左右されやすく、評価が難しかった。

スタッフ側の指示に対し、しっかり反応するようになった。表情も良くなり、会話が多少なりともできるようになった。1月17日胃ろう抜去後、2週間食止めになりある程度改善したものの、すべての評価が下がり残念であった。巻き鳥は、1本2本と増えるごとに本人の笑顔がみられ、うれしかった。

病棟スタッフより、毎日記入する表がわかりにくい、記入しにくいとの意見があった。

ケースは、口腔機能リハビリテーションを実施することによりかなり(様々な点で)改善された症例であった。本人の残された能力をひきだすことができたと思いますが、それは家族の日々の協力、努力のお陰だと思った。残された能力(廃用になってしまったと思われる能力)を引き出すのは、どうやって引き出すかという方法を知ることと、毎日こつこつと継続することが最も重要なことと思われ、ケースはまさしくそのことが証明されたと思う。

本人はコミュニケーションもしっかりと図れ、リハビリ等訓練も確実にこなしてみえました。また、食に対する意欲もあり、動揺している歯を抜歯して義歯を新製すればもっと咀嚼能力が改善されるのではないかと積極的に取り組んだことも良かったと思う。

以前に比べると食事の摂取量も良好で反応も良くなった。口腔内に入っても嫌いなものは舌で押し出す、上肢もテーブルを押し上げるなど力がついてきた。

特養入所となっても現在の状態を維持していくと良いと思う。

以前から気管支炎もあるため、すぐくむせ込んでしまうことがあり、それはなかなか改善されなかった。プログラム開始前から口腔機能レベルは良好だったと思われるが、食形態のUPに関してはつぶしきざみに変更したところ食塊がのどにつまり大変だったためきざみ一つぶしに再度変更した。口へ持っていくまでに食物がこぼれることが多かったため、それを改善するためすくいやすいように変更したことがかえって良くない結果となってしまう、それに関しては残念であった。

認知症もあり、はっきり覚醒しているときとしていない時とでは能力にも大きく差が生じてしまう。しかし、口腔リハ開始前は口角から唾液が流涎していたのが少なくなり、食事摂取時の口からのこぼれも少なくなった。食事摂取時の姿勢を整えることにも心がけ、だいぶ良い姿勢で摂取できるようになったことも良かったと思う。覚醒時には効果が出ていることがよく分かった。

誤嚥性肺炎を繰り返し、H17.1.17より胃ろうとなる。PEG直後もあり、主治医より絶飲食の指示がでており、現在の摂食嚥下の状況については調査困難です。

よく話をしてくれ、順調に回復している。食事はDMのため常食とはいかないが、DM食で栄養士が食事形態をアップしてくれている。リハビリは、スパルタスパルタと言いつつも、意欲がでてきている。

リハビリの目的や効果を、確認しながら進められたことがよかったので、今後の他の症例にも自信をもって行えるように思う。3ヶ月ずつでも目標を立てることが、やる気を継続させたり、訓練に効果が出るとは思っていなかった。よい経験になった。

介護者の誤嚥の意識が高いため対象者として選抜した。外部者の言うことはよく聞き入れられるが日々の生活の中で一番接点の多い介護者である妻の話を聞き入れられず歯磨きにしても歯ブラシを持った瞬間にほってしまう結果に終わった。リハビリは毎日の積み重ねが重要であり、こういったケースには他機関との連携が必要である。要介護者は、デイケア、病院、診療所など多くの機関との関わりがあり他機関との連携によっては効果的な計画が出来そうだが、当歯科保健センターでは公的機関との連携はとれているものの、一般開業医や、病院との連携はまだ十分に取れていないのが現状である。この辺をクリアすることで要介護者の口腔リハビリ等が毎日のものになればもう少しいい経過が得られるかと思われる。

問 14 実施者

訓練が始まって食事もスムーズにとれるようになり、退院となり福祉施設にショート入所となった。(家族の希望)ところが誤嚥性肺炎にて再入院となった。嚥下食Ⅰから始まり、順調に食形態もあがり全介助であるが食事時間も早くなった。しかし、熱がでることもあり、熱の出たときは喉に「ぜりぜり」音もある。特に1月中旬からは熱がよくでた。また、発語については、以前はおおむ返しではあるもののどのような単語でも言えることができたが、再入院後は5つの単語しかでてこない。(言葉ははっきりとしている)摂食の面だけでなく、全体的にレベルダウンしている。

多発性脳梗塞を繰り返し、3年前はセミファラーでミキサー食の状態であった。その頃からするとお茶もとろみなしで飲むことができ、ゆるやかではあるが嚥下障害も徐々に回復していると感じる。が、介助員のほうから最近食事を残すことがよくあるという声もあり訓練を実施することになった。本人も飲むということを意識している時はじょうずにゴックンすることができる。が、意識していない時は、むせることが多い。結果的にベッド上で休んでいる時など唾液でむせることが多い。訓練時のときにはブローイングが難しかった。呼吸をすこしずつ出すことができない。そのため、言葉をしゃべろうとしても、口がぱくぱくしているだけのことも多い。声を出す練習をし、次は大きな声ではっきりと言う練習をし、名前や短い住所を一息で言う練習をし、文を読む練習をしていった。

調子よく、全量摂取するようになってきたと思うと、下痢がとまらなくなってきたり、嚥下食を再開して調子よく食べ形態をあげようとする、いやがって食べなくなったりと、一進一退の状態である。本人の体調に合わせて楽しく食べれることを大事にしていきたい。本人は、食べ物の好みもはっきりしているし、口腔リハビリを実施すると、表情が硬くなり嫌な様子。少し間をおいて食事しないと、機嫌をそこねてあまり食べない。

周期的に落ち込みや嚥下障害がひどくなる対象者で、今回は11月12月は比較的に訓練にも熱心で気持ちも安定していた。1月は不定愁訴がおおくなった。自分が意識している時はむせもなく訓練もスムーズにこなせる。腹式呼吸がなかなかできなかった。腰が曲がり腰痛もひどい。腹筋の衰えがひどいようだ。便秘もあるようで、ある程度の腹筋の維持も介護予防には必要だと感じた。

デイサービス(2回/W)と在宅での食事の摂取が全く違うケース。H16.10月ごろは、デイサービスの迎えの自動車のなかからごろ音や「ガーガー」とむせやせきばらいがひどく、来所してからなかなか安定せず、昼食時もむせてほとんど食事ができない状態であった。以前は昼食前などに、DHが口腔清掃や簡単な嚥下体操を実施していたが、「自宅での食事はよくしている。家では何もしていない。」という言葉にスタッフが自宅での介護方法に習え、と5ヶ月前からDHのサービスは中止となった。その流れの中で「なにもしないでいてどうですか?状態はよくなりましたか?」というDHの問いかけにスタッフが「しばらくは昼食も食べれて安定していたのだが最近では吸引ばかりしている状態です」ということで今回の事業にも参加してもらうことになった。水分摂取のためのとろみをつけたお茶はできるだけつめたくしてもらったり、食形態もペーストやゼリーでかためた嚥下食にかえてもらった。デイサービス中は、座位もしっかりとれるようにするなど吸引機も使われることもなく2週間もすると、片付けられるようになった。本人は、指示にしたがえないので、他動的な体操ばかり実施した。お正月をはさみデイサービスをしばらく休んでいたためか1月前半は昼食はむせて食べれないことが多かった。が1月末の体重測定では体重は事業開始時よりかなり増えており、自宅での食事量が増えていることもうかがわせた。

巻き鳥テストが、口腔ケア、口腔機能リハビリテーションの効果が一番わかりやすい指標のようです。1本から2本に向上し、本人もよくわかってもらえた。この対象者の場合は、摂食状況に大きな変化はありません。しかし、現在の口腔機能(口腔周辺の筋力)維持向上のためのトレーニングの知識を持ってもらえたこと、巻き鳥テストで、筋力の向上があり、本人にもそれを実感してもらえたことが良かったと感じた。

デイサービスの食事時間が1時間強から1時間弱に改善しました。また巻き鳥テストも1本から3本に改善しています。口腔リハビリテーションは、口腔周囲筋の筋力の向上や食事時間の短縮に効果があらわれやすいように感じました。意思疎通、対人関係の慣れなどの影響が大きいと思いますが、口腔リハビリテーションを開始してから、対象者の活動性が向上しているように思います。

問 14 実施者

表情が明るくなり、日常生活すべてに少し意欲が見られてきた。義歯の作製・唾液の分泌の向上・唇舌等の口腔機能向上により食事に対する意欲が特に出てきた。

義歯の着脱は可能になったが見た目の気持ち悪さから積極的にまだ行っていない。口腔機能は唾液の分泌に関してかなり改善が見られ、以前よりも食べ物が食べ易くなっている様子が感じ取れる。

表情がとても明るくなってきた。口腔ケアおよび口腔リハビリテーションの直接的な効果も見られるが、人と接する機会が増えたことにより生きがいを感じてきているといった間接的な効果も強く見られるように思う。

口腔ケア、リハビリにより右マヒ側からの流涎もなくなり口腔機能が改善され、義歯の装着により咀嚼改善ができたので、身体状況も短期間で良くなった。歯科が介入したことでの成果はあるが、他職種と同じケア目標をたてて取り組んだことがなかったので、自立度や身体機能をさらに向上させるためには、今回の実態調査が参考になった。他職種とのチームアプローチを続けていきながら、今後は家族の協力をもっと引き出したい。この対象者には、取り組みメニューが多く他職種の協力も良かったので、家族の依存度が増してきたようだ。まだ問題が多いケースだが、カンファレンスでも調査を元に QOL を向上出来るように色々提案していきたいと思う。

経口摂取は誤嚥の恐れもあり無理かと思ったが、口腔保湿やリハビリをしていくうちに、食べれるのではないかと、食べさせてあげようと思い、介護者と慎重に食形態を考え経口摂取に取り組んだ。しかし本人の食べる意欲は予想以上で、経管栄養の対象者とは思えないたべ方であった。美味しかったといわれ、食べた後の笑顔が印象的でした。これからは誤嚥なく、たべる楽しみを持てるよう、ケアを継続したいと思う。

今回のモデルには、ならなかったかも知れないが笑顔と会話が増えスタッフも喜んでいて。用紙が理解できにくく、使いにくかった。

はじめの口腔ケア時に痛い思いをさせてしまったので、その後の受け入れまでに苦労した。このことより、担当者対象者のコミュニケーションの重要性を実感した。このたびは、他職種、家族も協力的であったので、継続できたと思う。これからは口腔機能リハビリを継続しなくては意味がなくなってしまうので、在宅サービスとして介入している他職種との連携を怠らないようにしたいと思う。歯科的に言えば、もう少し時間をかけて専門的口腔清掃ができればとも思う。

在宅で入っているサービス担当者が事業に協力的でスタッフ同士連携のとれたケースであった。途中で町外にショートステイに行ったため、目が届かなかったのが少々残念なことである。残存歯が多いため、デイサービス職員など歯科専門家以外のスタッフへの口腔ケア指導により、歯間ブラシなどの使用もふくめたかなり専門的な口腔ケアをして大変によかったと思う。家族によると、朝食については、口の中でもぐもぐするばかりでなかなか飲み込まないという状態が生じるということなので、将来の嚥下障害予防のためにも、口腔機能リハビリの継続が非常に重要と考えられる。昼食からは時々むせることをのぞけば本人の歯での摂食状況もよく、痛み等摂食を妨げる事態が生じていないため、口腔ケア、リハビリのみを実施している。しかし、全歯にわたり根面ウ蝕、歯肉炎、WSD がみられるため、今後の歯科治療が課題である。(治療については非協力的であることと、主治医との密な連携が欠かせない要抜歯部位もある。中途半端な充填処置では、歯垢沈着を増やす原因になると思われる。)

高齢や本人の性格もあって、なかなか規則的にリハビリや口腔ケアを行うことは難しかった。事業が思うように進まないにもかかわらず、舌苔がなくなったり、風邪をひかなかったりしたのは、本人のもつ抵抗力の強さによるところも大きいのではないかと考える。この対象者の場合、これほどの高齢であると口腔機能を改善するため、栄養状態がよくなるためのリハビリというよりは、いかにおいしく食事をとってもらえるか、おだやかにすごしていくかということでデイサービスのスタッフ（看護師や CW, Hp）と相談することが多かった。実際数値には表れていないが、口腔機能については驚かされることも多く、非常に興味深い対象者であった。

対象者が非常に熱心にリハビリを続けられたので、やりがいがあったし、発音発声についてリハビリの成果が出てきていると思う。単純な発音発声訓練だけだったので、継続できるなら、もう少し効果的な構音、発声のためのリハビリも取り入れたほうがよいと思う。週 5 日ほぼ毎日 Hp、CW にもリハや食事にかかわってもらえたのも、効果が出た要因だと思う。また家族や本人の理解を得た上で、今後のリハビリについても訪問看護ステーションに引き継ぐことができたのは、大きな成果だったと思う。

問 14 実施者
口腔に対して積極的に関わることが健康状態の安定につながると思う。しかし、口腔のみを切り離して考えることはできず、本人の全体像を捉えた上で様々な角度からアプローチしていく際の方向の一つとして口腔の働きかけは大切であると思った。また、全身状態が悪化している人に対する口腔ケアは特に重要だと思う。ST リハビリに対しての意欲が少しずつ出てきて、楽しんで行うようになった。状態は良くなっても発語が少なかったが、最後の頃には声を出して返事や会話ができるようになり生活意欲もでてきて、最高の笑顔も見せてもらえるようになった事がうれしく思った。DH
口腔ケアは基本的に自助具等を用いて行っていたため、スタッフ（NS）は見守りながら本人の状況を確認していた。元々きれい好きだったようで、見ていても細やかにしていたことにすばらしいと思った。やはり口腔ケアは大きく考えれば美容の一部だと思うし、そこを支援することも本人の尊厳を大切にすることだろうと思った。（NS） 必ずしも熱発の原因が口腔汚染のみによるものではないが全身状態を安全に保ち安全に訓練が行えるためにも口腔ケアの必要性はあると思う。（ST） 義歯固定ブラシをリハビリスタッフに依頼し、清掃意欲は向上したように思える。リハビリ期間中に熱発があり、思うように口腔リハビリを進めていくことが難しかった対象者であったが、家族の理解も得られ、退院後も身近な所で口の運動などが続き、今の口腔の機能が低下しないことを期待する。（DH）
片マヒの為、ブラシによる清掃は不可であったが、固定ブラシを OT に作製し指導を行ったところ、清掃可能となり、本人も大変喜んだ。口腔リハも積極的に行い、生活意欲も出てきたと思う。義歯を作製して、食事もしやすく、又、発音もよくなり回復も早かったと思う。
かわり始めた頃は、口腔乾燥があり、舌苔も多く、不良でしたが、少しずつ改善され、義歯装着し摂食できるようになり、体力もついてきたと思う。ベッド上から車椅子上の生活が増え、発声もよくなり生活意欲が出てきたと思う。
対象者の選択の基準がよく理解できない。遷延性の意識障害のあるこのケースは訓練に協力できず変化はなかなか見られない。記入者の自己満足に終わったかもしれません。（ST） 本事業前より、長期にわたり口腔ケア、ST の嚥下訓練で関わっていた対象者であった。楽しみ程度のヨーグルトは飲み込めるにしても、他の食品食物は受け付けず、又、ST が変わると口を開けない等、意識障害の絡んだこの症例が今回の事業によって何か変化が見られないかと対象者に選択した。今回、ST と情報交換が多くできた症例であったが嚥下においては変化（改善）が見られず意識障害患者の難しさを痛感した。
De モデル事業実施前は、各サービスでの食形態もバラバラであった。歯牙破折により咀嚼できない状態で時間かけて食べ、かなりやせて元気がない状態だった。事業参加してもらい本人の口腔内の状態、介護者が高齢な男性で（88 才）という栄養管理のむずかしい環境である事を他職種に理解してもらい、2 ヶ月で体重 2kg 増加。BMI もあがり色々な面に積極性が出てきた矢先、体調不良、急変し残念であった。在宅高齢者夫婦、特に夫が介護者の家庭の食支援、栄養管理のむずかしさを痛感した。今後、体調が落ち着いたら、楽しみ程度でも摂食できるよう他職種と協力してアプローチしていきたい。
De 93 才という高齢で ADL 評価、食事の摂取量が 5 割から 10 割にあがったというのは、本人の頑張りや生活の場で誰かが口腔ケア、リハビリを行うという施設職員の協力があつた事が一員であると考えられる。結果的には、エネルギーの消費の方が多く、カロリーはそのまま事業をすすめていたため体重は減少してしまった。その対象者にあった栄養管理をする為には、生活動作にあわせたカロリーをチェックしていかななくてはならない事や、嚥下障害は改善されたわけではないので、今後日頃の職員の食事時の見守りが大切であると考えられる。
De 89 才という高齢でこんなにも顔貌が変わるのかと大変驚いている。事業当初は、口腔周囲筋の緊張がかなりあり、本人が希望する義歯が装着できるか、歯科医として不安だった。事業が進むに従い、顔の表情がよくなり、口腔機能がアップし事業終了までに義歯の装着ができた。食形態は変化ないが、発語、姿勢の保持の面でかなり改善がみられた。家族、施設職員も大変喜んでいいる。アルブミンがかなり減少しているので、栄養面の見直し、生活動作が活発になれば高齢でも、

問 14 実施者
今後 ADL の上昇が期待できると思う。また、本事業中に、後半ではあるが VF 検査を実施することが出来、現食形態が安全に摂食できているという確認と、障害部位が明確にでき、今後の対応に役立てていきたいと思う。
De 機能的には大きな改善はみられなかったが、嚥下障害（特に今まで 2 回窒息の既往がある）に対する現機能での対応が本人にある程度理解でき、自力での口腔ケア、リハビリの動機づけ、習慣が出来たことは良い結果であったと思う。また、家にとじこもりがちであった生活が、外に出ることで明るくなり、笑顔もよく見られる様になった。生活の質はあがったと考えられる。
De 機能的には、劇的な変化はなかったが、色々な職種（在宅、デイ、ショート、家族）に関わりで、口腔ケア、リハビリに対する意識が高まった。今後、機能が維持出来るよう、他職種との栄養管理面での情報交換が必要と思われる。
PEG の管理、口腔ケアが妻により十分できており肺炎を併発せずに過ごせている。経口摂取は、1 日 1 回楽しみ程度で十分ではないか。この疾患（ピック病）は今後進行していくので、口腔ケアを徹底することにより誤嚥性肺炎の併発を予防することを第 1 の目標にかかわってきたい。
経口摂取に対する家族の希望、期待が非常に強い。反して本人は、できるだけしんどいことはしたくないとの思いが強い。少し強引に経口摂取させようとするので注意が必要である。特に、覚醒をしている状態で直接的訓練はしなければならない。PEG からは家族と同じ食事をミキサーにかけて、さらにエンシュアリキッドを加えて注入している。手間がかかる作業を家族は頑張っているが、ややエネルギーが不足している様子である。今後レベルダウンすることが予想されるので、誤嚥性肺炎に注意が必要である。
覚醒レベルが低く、デイ利用時などは食事介助に困っている様子。誤嚥しそうになることも時々あり、VF で安全な食事形態、食事姿勢を確認しておく必要がある。思った以上に食事量が多く、十分足りているように思えるが、パーキンソン氏病は安静にしているだけでもエネルギーをたくさん使うようで、やはり低栄養ぎみである。
入所中は介護職員の好き嫌い、食事メニューの好き嫌いがあり食べないことも多かった。家に帰ってからは、家族と同じメニューで食事ができて、体重も 2 kg ほど増加した。春になればまた老健に入所することになるので、今の状態ができるだけ維持できるようにしなければならない。また、脊髄小脳変性症であり、今後嚥下機能が悪化することが予想されるので、誤嚥に注意が必要である。
在宅にてしばらくは PEG よりミキサー食を注入していたが、嚥下機能が改善しほぼ全量経口摂取可能となった。しかし、PEG と経口と両方から摂取していたためかなりカロリーオーバーな状態であった。PEG を抜去することができ、現在は適量経口摂取できている。注意力、散漫な時があり誤嚥には注意が必要である。
・指示が通りにくく説明にこまった。（デイサービス職員） ・頸部など緊張が強く、思うようにリハビリできなかった（デイサービス職員） ・吸引機の使用により、痰除去でき口腔内もきれいになった。 ・今回は、協力スタッフが少なく、ほぼ歯科スタッフのかかわりでは目標達成も難しく、多職種のチームアプローチの必要性を改めて痛感させられた。 ・本人との意志の疎通困難、意欲消失等、経口摂取は家族の希望ではあるが、歯科スタッフの自己満足で終了しないようなメニューを工夫していかなければと思う。
食事開始には至らなかった（胃瘻のため）。しかし、おやつに棒付きの飴をなめたり、氷をガリガリと噛むことは出来た。時間をもう少しかけると、食事も少量は摂取出来そうな感じであったと思われる。家族の希望（食べさせたい）と、本人の能力が、かみ合わない。途中、ペースメーカー植え込みのために入退院したり、義歯を飲み込んだり大変であった。家族は、協力的だったのもう少し連携をとりながら、時間をかけてやれたらよかったと思った。
口腔ケア・口腔リハとても喜んでされていた。その人に関わって行く時間を出来るだけつくって行きたいと思った。最初、巻き鳥を渡したときは、おもちゃをもらった子供のように、大変喜ばれた。最初は、一本しか吹けなかったが、現在は、三本上手に吹けるようになったので満足されている。遊び感覚でいろいろ練習して行くと成果が思った以上に上がるのではと思う。
最初のころに比べると言葉がはつきり言えるようになった。その人に関わった分だけ成果があっ

問 14 実施者
たように思われる。もっと、積極的にやればよかったと反省。
本人の意思表示が少しずつできて、ブローイングも最初全く吹けなかったがひとつは吹けるようになった。本人も二つ目が吹けるように意欲的に練習をするようになった。少しでも多く関わって行くことでかなり改善されたように思われる。食べる喜びを患者に提供するためには、今後口腔リハは重要なものになるだろうと痛感した。義歯を今回作成して噛めるようになったことは、大変良かった。本人の表情も明るくなったし、食形態もアップしていったことは、成果があったと思う。
リハビリ途中で検査のため転倒し、DM の為 に体調を崩し、リハビリを怠った時には構音障害も悪化した。定期的に行うことの難しさや結果が現れるまでの時間を要した。(病状に伴う)
最初はブローイング、口を大きく開ける、舌の上下左右、大きな声を出す等の運動量が十分ではなかったのが、後半になるにつれて、次第に笑顔が他人と同じくらいになった。リハビリによって改善されたこともあり意義があった。
ブローイングは初めは出来なかったけど回数を重ねるごとに吹けるようになった。リハビリをするときは笑顔で楽しそうにしていました。リハビリで一番変化があった人だと思う。次第に普通食に移行する予定である。
大きな声も十分にできる様になり、唾液の分泌量も増加した。自分での評価は低いがりハビリ後の評価は高いと思われる。
リハビリは十分に出来なかった。口腔内は上顎左側に食物残渣がみられたが、誤嚥性肺炎もなく、口唇、舌も十分とまではいかないが、清潔に保たれていた。本人は十分に意識があり、会話も十分にできる。
ブローイング開始前は唾液の量が少なく口腔乾燥症で人工唾液と舌にプラチベース、ハチアズレンでうがいをしたり、舌をスポンジブラシにて清潔に保っていたがりハビリ中に唾液の流出が多く効果がみられた。

